



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

# **EL CINE COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LA ADQUISICION DE COMPETENCIAS EN LA FORMACION DE GRADO DE ENFERMERÍA**

TESIS DOCTORAL

DOCTORANDA: ROSA MARÍA RAGA CHARDÍ

DIRECTORES:

DR. JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO


DRA. M<sup>a</sup> ROSA IGLESIAS PARRA

2016



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: Rosa María Raga Chardí

 <http://orcid.org/0000-0002-6876-4221>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización  
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

Departamento de Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud

El Dr. DR. JOSÉ MIGUEL MORALES ASECIO del Departamento de Enfermería de la universidad de Málaga y la Dra. M<sup>a</sup> ROSA IGLESIAS PARRA del Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga

### **CERTIFICAN:**

Que el trabajo de investigación presentado por D<sup>a</sup> ROSA MARÍA RAGA CHARDI  
titulado:

#### **EL CINE COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS EN LA FORMACIÓN DE GRADO DE ENFERMERÍA**

Ha sido realizado bajo su dirección y consideran que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendido y juzgado por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctor/a por la Universidad de Málaga.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expiden y firman el presente certificado en Málaga a 18 de octubre de 2016

Fdo.:

Prof. Dr.  
JOSÉ MIGUEL MORALES ASECIO

Fdo.:

Prof<sup>a</sup>. Dra.  
M<sup>a</sup> ROSA IGLESIAS PARRA

# AGRADECIMIENTOS

A la profesora M<sup>a</sup> Luisa Ruiz García por alentarme a comenzar y permitirme usar el campus virtual de su asignatura.

A la Dra. M<sup>a</sup> Rosa Iglesias Parra no solo por su contribución como directora de esta tesis, sino también por su calidez, apoyo y cercanía.

Al Dr. José Miguel Morales Asencio, esta tesis hubiera sido imposible sin su dedicación, sus consejos e inestimable ayuda.

A la D Dra. Silvia García Mayor y Shakira Kaknani por su esfuerzo, colaboración y apoyo en los momentos oscuros de este trayecto.

A todos los alumnos por su participación.

A las compañeras de trabajo, por permitirme las ausencias, siempre con una sonrisa.

A todas y cada una de mis pacientes oncológicas, gracias a ellas la aventura ha sido intensa y enriquecedora, selecta y profunda en emociones. Son el motor de este proyecto Muchas Gracias.

A mi padre, que estaría muy orgulloso y a mi madre por ser una mujer sedienta de saber y habérmelo transmitido.

A mi hijo Raúl, mi mejor y más preciado proyecto.

Y a mi compañero del alma, Alfonso Fernández González, que me empujó a comenzar , no ha dejado de creer en mí en ni un solo momento, y ha sido mi pilar en los momentos de desánimo. Gracias por tanto amor.

Cuando emprendas tu viaje hacia Itaca  
pide que el camino sea largo,  
lleno de aventuras, lleno de experiencias.

Ve a aprender de sus sabios.

Llegar allí es tu destino.  
Más no apresures nunca el viaje.  
Mejor que dure muchos años  
y atracar, viejo ya, en la isla,  
enriquecido de cuanto ganaste en el camino  
sin aguantar a que Itaca te enriquezca.

Se te brindó tan hermoso viaje.  
Sin ella no habrías emprendido el camino.

Aunque la halles pobre, Itaca no te ha engañado.  
Así, sabio como te has vuelto, con tanta experiencia,  
entenderás ya qué significan las Itacas.

Versión del poema **C. P. Cavafis**

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Tanto la doctoranda, como los directores de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio. Parte de la ejecución de esta tesis han sido desarrollados en el marco del Proyecto de Innovación Educativa PIE 13-138 (2013-2015) financiado por la Universidad de Málaga (anexo1).

# INDICE

<b>RESUMEN</b>	14
<b>INTRODUCCIÓN</b>	17
<b>CAPITULO 1: EL CONTEXTO ONCOLÓGICO</b>	28
1.1. LA PERSONA CON UN PROCESO ONCOLÓGICO	28
1.2. EL ENTORNO: LA FAMILIA	47
1.3. LA TRIADA PACIENTE-FAMILIA-PROFESIONAL	56
<b>CAPITULO 2: IMPACTO DE LA INMERSIÓN DEL ALUMNADO DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO CLÍNICO</b>	79
2.1. LAS ACTITUDES	85
<b>CAPITULO 3. APRENDER A APRENDER A TRAVES DE LA REFLEXION</b>	102
3.1. ENFERMERÍA Y PENSAMIENTO CRÍTICO	102
3.2. DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y PENSAMIENTO CRÍTICO	112
3.3. LA INNOVACIÓN DOCENTE	118
<b>CAPITULO 4. EL APRENDIZAJE A TRAVÉS DEL CINE</b>	122
4.1. EL CINE: ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE	122
4.2. EL CINE: UNA MIRADA A LA ONCOLOGÍA	131
<b>CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN</b>	142
<b>CAPITULO 6.- METODOLOGIA</b>	145
6.1. HIPÓTESIS	145
6.2. OBJETIVOS	146
6.3. DISEÑO	146
6.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	146
6.5. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	147
6.6. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCION	155
6.7. EMPLAZAMIENTO	164
6.8. RECOGIDA DE DATOS Y ANÁLISIS	164
6.9. AUTORIZACIONES Y ASPECTOS ÉTICOS	166
<b>CAPITULO 7: RESULTADOS</b>	167
7.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS ESTUDIADOS	167

7.2.	ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA EN CADA PERÍODO DE MEDICIÓN.....	169
7.3.	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA POR CURSOS (2013-14 y 2014-15) .....	173
7.4.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR OLEADA Y CURSO .....	176
7.5.	RESULTADOS DE ANSIEDAD ANTE LAS PRÁCTICAS, ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y TOMA DE DECISIONES POR PERÍODOS DE MEDICIÓN Y POR GRUPOS CONTROL E INTERVENCIÓN .....	179
7.6.	ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PRINCIPALES DE RESULTADO EN FUNCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES.....	182
7.7.	RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE, ANSIEDAD ANTE LAS PRÁCTICAS Y CIERRE COGNITIVO .....	188
<b>CAPITULO 8.</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>190</b>
<b>CAPITULO 9.-</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>205</b>
<b>CAPITULO 10.-</b>	<b>LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>207</b>
<b>CAPITULO 11.-</b>	<b>PROSPECTIVA .....</b>	<b>209</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>		<b>210</b>
<b>ANEXOS. ....</b>		<b>231</b>
	ANEXO 1.-CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INNOVACIÓN EDUCATIVA PIE13-138. UNIVERSIDAD DE MÁLAGA....	231
	ANEXO 2.- CUESTIONARIO DE VARIABLES .....	232
	ANEXO 3.- ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT-LESTER ...	234
	ANEXO 4.- Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas KEZKAK .....	235
	ANEXO 5.-ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DEL TEST DE NECESIDAD DE CIERRE COGNITIVO.....	238
	ANEXO 6.-Rúbrica para la valoración de fragmentos cinematográficos como material didáctico-reflexivo para la competencia perceptiva en la formación de grado en Enfermería.....	239
	ANEXO7.-AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE FRAGMENTOS DE PELÍCULAS.....	240



ANEXO 8.- DESCRIPCIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA ASIGNATURA EN LOS CURSOS 2013-14 Y 2014-15.....	241
ANEXO 9.- AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO ....	243
ANEXO 10: ARTÍCULO PUBLICADO EN IN J NURS KNWOLEDGE.....	244

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:Característicasde las variables .....	154
Tabla 2:características basales de los grupos control e intervención .....	168
Tabla 3:Género de los participantes por periodo de medición .....	169
Tabla 4:Práctica religiosa de los participantes por período de medición ..	169
Tabla 5:Nivel de práctica religiosa por período de medición .....	170
Tabla 6:Religión según período de medición .....	170
Tabla 7:Experiencias con muertes cercanas por período de medición.....	171
Tabla 8:Haber visto morir a alguien por período de medición.....	171
Tabla 9:Haber visto morir a alguien durante las prácticas, por período de medición.....	171
Tabla 10:Conocimiento de la Ley de Muerte Digna por período de medición .....	172
Tabla 11:Conocimiento del procedimiento de Voluntades Anticipadas por período de medición.....	172
Tabla 12:Práctica religiosa por cursos académicos .....	173
Tabla 13:Nivel de prácticas religiosas por cursos académicos .....	174
Tabla 14:Religión practicada por cursos académicos.....	174
Tabla 15:Presencia de creencias religiosas por oleada y curso académico	176
Tabla 16: Nivel de práctica religiosa por oleada y curso académico .....	177
Tabla 17:Religión practicada, por oleada y curso .....	177
Tabla 18: Diferencias en ansiedad ante las prácticas, ansiedad ante la muerte y toma de decisiones entre oleadas.....	179
Tabla 19: Diferencias en ansiedad ante las prácticas , ante la muerte y cierre cognitivo antes y después de la intervención, en cada grupo. ....	181
Tabla 20: Diferencias en ansiedad ante las prácticas, ante la muerte y cierre cognitivo por género. ....	182
Tabla 21: Relación entre ansiedad ante las prácticas, ante la muerte y toma de decisiones en función de haber tenido una experiencia de muerte cercana .....	183
Tabla 22: Impacto de haber tenido una experiencia vivencial directa con la muerte en las variables de estudio.....	184

Tabla 23: Impacto de haber visto morir a alguien, en las variables principales de resultado.....	185
Tabla 24: Relación entre el conocimiento de la ley de Muerte Digna y las variables de estudio. ....	186
Tabla 25: Relación entre el conocimiento de la Ley Voluntades Anticipadas y variables de estudio. ....	187
Tabla 26: Regresión lineal ansiedad ante las prácticas, ajustada por oleada y ansiedad ante la muerte. ....	189

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Flujograma de participantes en el estudio .....	167
Figura 2: Distribución de Kezkak, Collet-Lester y Cierre cognitivo por períodos de medición .....	180
Figura 3: Correlación entre ansiedad ante las prácticas y ansiedad ante la muerte, entre momentos de seguimiento.....	188

## **ABREVIATURAS**

EMMCL-Escala de miedo a la muerte de Collet Lester

KEZKAK- Cuestionario de estresores de Enfermería ante las práctica

NCC- Test de necesidad de cierre cognitivo

TR-NCC-Test revisado de necesidad de cierre cognitivo

NANDA-Noth American Nursing Diagnosis Association

NIC- Clasificación de Intervenciones de enfermería

NOC- Clasificación de Resultados de Enfermería

UCI- Unidad de cuidados intensivos

UMA- Universidad de Málaga

ETC- European Credit Transfer System (Sistema Europeo de Transferencia de *Créditos*) adoptado por las universidades del Espacio Europeo de Educación Superior.

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences. Programa estadístico Informático.

## RESUMEN

Introducción: El proceso oncológico representa una gran carga emocional para todos los implicados: paciente, familia y profesionales de salud. En este marco la relación con el enfermero se estrecha adquiriendo un valor esencial para la prestación de cuidados, lo que representa la concurrencia de estresores para estos profesionales.

Para una atención enfermera oncológica de calidad es conveniente la adecuada formación competencial, en toma de decisiones, juicio clínico y control de estresores, que debe comenzar desde la Universidad.

Para ello este proyecto, donde se ha utilizado el cine como estrategia docente, ofrece diferentes escenarios, permite la repetición de situaciones emocionalmente impactantes en el contexto oncológico, por su capacidad de simulación posibilita la liberación de tensiones e invitando a que los estudiantes reflexionen sobre sus propias acciones y aumentando su experiencia sobre la realidad a la que se enfrentarán.

Objetivo:

1. Determinar las diferencias en la ansiedad ante las prácticas de estudiantes de Enfermería.
2. Analizar las diferencias en el nivel de toma de decisiones.
3. Determinar si las experiencias previas de contacto cercano con la

muerte, el conocimiento de la legislación sobre muerte digna y voluntades anticipadas, modifican la ansiedad ante las prácticas y ante la muerte.

Diseño: Estudio controlado aleatorizado, abierto, con grupo control concurrente. La población la formaron 220 estudiantes de 4º de Grado de Enfermería de la Universidad de Málaga en la asignatura de Cuidados Críticos y Paciente Frágil., durante dos cursos académicos, (110 grupo control y 110 grupo intervención).

Métodos: El material docente se elaboró con tramos de 11 películas cada una con su ficha didáctica (participaron un panel de expertos), dirigidas a identificar respuestas humanas y sus consecuentes etiquetas diagnósticas.

Se analizó el punto de partida con la medición de toda la población: Escala Miedo a la Muerte de Collett-Lester, Escala de estresores de estudiantes Kezkak, Escala de necesidad de cierre cognitivo, datos sociodemográficos, prácticas religiosas, experiencias cercanas a la muerte, conocimiento de la voluntad vital anticipada, conocimiento ley de muerte digna.

Se realizaron 3 intervenciones de forma individual en el grupo experimental mediante visualización y trabajo del material docente:

La primera debía identificar respuestas humanas, la segunda reflexionar y mejorar sobre las etiquetas diagnósticas elegidas



fundamentándolas, la tercera confrontar estas decisiones con las propuestas en las fichas didácticas.

Finalizada la intervención repetimos medición a ambos grupos con el fin de contrastar posibles transformaciones competenciales.

#### Resultados principales:

Existe una correlación significativa y positiva entre el miedo ante la muerte y la ansiedad ante las prácticas que descendió en el grupo intervención.

El no haber visto morir aumentaba la ansiedad ante las prácticas, modificándose al final del proyecto.

Conocer la Ley de muerte digna tiene influencia sobre la ansiedad ante la muerte.

Mayor conocimiento sobre las voluntades anticipadas disminuye la ansiedad ante la muerte y la ansiedad ante las prácticas.

Conclusiones: Existen diferencias positivas y beneficiosas del uso cinematográfico como estrategia educativa ante situaciones de difícil manejo, posibilitando el entrenamiento reflexivo y la adquisición de competencias. Un recurso explorable a otros contextos y diferentes metodologías.

# PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO

## INTRODUCCIÓN

Quién ejerce la asistencia sanitaria debe revalorizar, más allá de su competencia profesional, en la relación con la persona enferma, el hecho de que es preciso tener en cuenta a la persona en su totalidad. Giuseppe Abba

Al igual que el pianista debe practicar para ser un buen pianista. El cuidar requiere práctica. Giorgia 2000

Solo se conoce bien, aquello que se ve nacer y desarrollarse. Aristóteles

Los profesionales de Enfermería trabajan con personas en situaciones complejas, de ahí que establecer juicios clínicos para ofrecer cuidados acertados, no sea solo cuestión de aplicar el proceso de Enfermería en una situación concreta: la realidad es más compleja. El cuidar se sustenta en un sistema sólido de valores humanísticos que abarca una triada constituida por el enfermo, su familia y los propios profesionales, (Caro et al. 2010) donde además del proceso de enfermedad, influirán la diversidad cultural y las dimensiones afectivas, conceptos subjetivos como son los sentimientos, las emociones, las vivencias, las situaciones extremas, la muerte y una gran variedad de respuestas humanas.

En el caso de los procesos oncológicos, el impacto no sólo se ciñe a la enfermedad biológica, sino que adquiere un alcance biopsicosocial ya que afecta a tres áreas principales: cuerpo, psique, y situación social del paciente. También involucra a la familia y a la dinámica familiar,

(Bakker et al. 2013) e influye en el crecimiento personal de los profesionales, debido a las relaciones intensas y duraderas que se crean, que conllevan a implicaciones emocionales y existenciales. Además la alta y exigente demanda de información de estos pacientes, se ha asociado a una alta prevalencia agotamiento emocional de las enfermeras oncológicas (Bakker et al 2013;Mårtensson, Carlsson, y Lampic 2010).

En estos pacientes los aspectos emocionales se hacen muy evidentes, como poder sentir cerca al cuidador, poder comunicarse y estrechar vínculos, la dimensión espiritual vivida, el hecho de que la vida tenga sentido en momentos de intensa fragilidad física y humana, o el percibir que mantienen su autonomía o control personal tanto a nivel de pensamientos como de sus funciones fisiológicas (Caro et al. 2010; Bahti 2010; Henoch et al. 2013). Desde este enfoque, podemos comprender que la calidad de la relación paciente-familia-profesionales de la salud, en el contexto oncológico, alcanza una gran importancia, llegando a convertirse en una relación terapéutica de ayuda (Markides 2011; Northouse 2012; Bakker et al. 2013).

En este campo de la salud, ser profesional de Enfermería es similar y a la vez diferente que en otros contextos. La singularidad se atribuye al mundo dinámico, complejo y especialmente extenso en el tiempo, que conlleva esta enfermedad y que intensifica las relaciones. Muchos

estudios sobre Enfermería oncológica describen que las relaciones suelen ser más afines con unos enfermos que con otros, (Northouse 2012) en función de la relación de confianza mutua establecida, la cual, depende en gran medida del patrón de comunicación llevado a cabo.

La comunicación se convierte pues, en la piedra angular de la interacción, e imprescindible, para trabajar con el paciente oncológico (Hench et al. 2013; Markides 2011). Así mismo, diversos estudios indican que la confianza mejora los procesos de información, mostrando un impacto importante en la reducción de la ansiedad y la angustia del paciente y su familia, así como puede ayudar a mejorar la toma de decisiones de los pacientes, (Bahti 2010; Marcusen 2010; Markides 2011; Northouse 2012) o acrecentar los sentimientos de seguridad y protección (Kvåle y Bondevik 2010; Remmers, Holtgräwe, y Pinkert 2010).

Las necesidades de información y la forma de comunicar esta información a las personas que viven con un proceso oncológico, adquieren matices diferenciales con respecto a la forma de comunicar con personas que tienen otro tipo de procesos. Las estrategias de esta comunicación han de ir adaptándose a las distintas fases del proceso oncológico, incluyendo a los supervivientes, (Bahti 2010; Kvåle y Bondevik 2010; Marcusen 2010; Markides 2011) y por supuesto, sin olvidar a la familia que es el entorno más cercano que se ve afectado

por procesos paralelos que se interrelacionan con los del paciente.  
(Northouse 2012).

Por tanto, para la enfermera el desarrollo eficaz de la competencia relacional es esencial (Marcusen 2010; Markides 2011), aunque la adquisición de estas habilidades de comunicación no es fácil en situaciones complicadas. Entre ellas se incluyen: el lenguaje verbal y no verbal, la empatía, cómo hablar sobre el final de la vida o de otras situaciones existenciales, los silencios o la escucha activa (Henoch et al. 2013; Markides 2011).

La adecuada relación comunicacional no solo tiene lugar por la relación establecida por los profesionales en la esfera emocional y espiritual, además, los estudios demuestran que la forma en cómo asisten los profesionales el alivio de los síntomas físicos, también afecta al área existencial y los pacientes lo perciben rápidamente. Se hacen muy dependientes de las enfermeras expertas, porque les dan seguridad, les alivian el sufrimiento y les enseñan herramientas útiles para el afrontamiento. También encontramos referencias sobre la importancia que los pacientes dan a la continuidad en los cuidados enfermera-paciente y al hecho de poder mantenerse en contacto por teléfono con ellas, desde el domicilio o tener una enfermera referente donde dirigirse. (Bakker et al. 2013; Kvåle y Bondevik 2010; Mårtensson, Carlsson, y Lampic 2010).

En esta relación tan estrecha entre enfermera-paciente oncológico, la identificación de respuestas humanas adquiere un valor esencial para la prestación de cuidados. Los pacientes oncológicos muestran una frecuencia notable de diagnósticos enfermeros que afectan a su vivencia del proceso y que han de ser abordados por la enfermera estableciendo juicios clínicos apropiados (Caldeira, Carvalho, y Vieira 2014b; da Silva y Gorini 2012; Roecklein 2012).

Teniendo en cuenta de que el paciente oncológico vive una enfermedad repleta de desafíos, al igual que sus familias, esta profunda e intensa situación relacional, a veces genera dilemas en las enfermeras, llevándolas a sentir en muchas ocasiones tensión personal e impotencia profesional y es calificada por los propios profesionales como una interrelación difícil y exigente, pudiendo manifestarse a través de comportamientos de evitación o negación, llegando a afectar incluso, a la calidad de la atención (Caro et. al.,2010;Markides,2011; Mårtensson et al.,2010).

A pesar de todo ello, las enfermeras oncológicas muestran una alta satisfacción según nos muestra la literatura sobre el tema, porque tienen la sensación de tener un trabajo importante y sustentar y aliviar el sufrimiento para sus pacientes y familias (Mårtensson, Carlsson, y Lampic 2010; Northouse 2012). Este cambio de actitudes según los estudios se producen durante los primeros dos años de experiencia en

Oncología y las enfermeras se refieren al cambio, como el “involucrarse más” y “adquirir una mayor confianza y más realismo” en cuanto a la ayuda y al concepto de curación. El tiempo dedicado al lado de estos pacientes ha demostrado ser importante en capacitar a las enfermeras en la valoración e identificación de los problemas del paciente y de sus familias, desarrollar una relación de confianza y planificar unos resultados más reales a conseguir (Mårtensson, Carlsson, y Lampic 2010) .

También se ha visto cómo las enfermeras después de haber recibido formación al respecto, cambian la confianza y la comunicación con los pacientes, mejorando significativamente. Así, después de recibir formación adecuada, las actitudes hacia el final de la vida y los problemas existencialistas se ven desde otra dimensión (Hench et al. 2013). De este modo, las enfermeras aprenden a respetar al paciente en sus decisiones, a empatizar, a hacer preguntas abiertas, aumentan su habilidad en el lenguaje no verbal, en la escucha, experimentando que el silencio va más allá de las palabras, aprenden como la transparencia y el saber estar, son herramientas estratégicas de ayuda. Sintiendo el paciente escuchado, comprendido y como que realmente importa, resulta menos complicado y disminuye la ansiedad al dar malas noticias o al hablar de temas difíciles para ambos (Markides 2011; Remmers, Holtgräwe, y Pinkert 2010).

La adquisición de estas competencias debe comenzar desde la Universidad, ya que cuando mayor experiencia haya tenido el estudiante de Enfermería con la muerte y la atención al enfermo oncológico, menor es la ansiedad que experimenta posteriormente. Para los estudiantes y enfermeros noveles la muerte y los moribundos suelen ser evitados, por ser origen de ansiedad, tristeza, miedo, sentimientos de abandono, sensación de incompetencia, conflicto en la toma de decisiones, frustración al no saber cómo intervenir, y esto puede persistir a través del tiempo, a pesar de haber recibido formación en la Universidad. Por el contrario, los estudiantes que han rotado en sus prácticas clínicas por Oncología, manifiestan que pasar por una unidad de Oncología supone una gran experiencia de vida y suele ser identificado como uno de los hechos más gratificantes de sus prácticas clínicas, enfatizando el rol de las enfermeras- tutoras al mostrarles nuevas dimensiones de la profesión (Sanford et al. 2011). Por ello, parece lógico pensar que la falta de prácticas clínicas y de apoyo guiado en esta etapa pueden llegar a ser determinantes.

Igualmente, el aprendizaje de las competencias para el establecimiento de juicios clínicos sobre respuestas humanas supone un reto importante para los estudiantes de Enfermería que, en estos pacientes puede llegar a ser incluso más difícil de acometer (Paans et al. 2010; Yönt, Khorshid, y Eşer 2009).



Estos antecedentes son un reto y un compromiso para los educadores, porque significa que hay que preparar mejor en la comunicación y cuidados de los enfermos oncológicos, en situaciones difíciles y para el final de la vida, sobre todo ante hechos como que la formación recibida en Oncología durante el pregrado suele ser eficaz para fomentar que se soliciten más las áreas de Oncología, o cómo las actitudes negativas hacia este área pueden cambiar a través de estas intervenciones educativas.

Por tanto, el avance para la formación en este campo requiere indagar en estrategias innovadoras, que incluyan la simulación clínica, o estrategias didácticas que permitan la reflexión y el aprendizaje crítico, así como rotaciones clínicas de calidad (Komprood 2013; Sanford et al. 2011).

Actualmente, el desafío para la enseñanza es situar el conocimiento en el contexto vivo, (Cappelletti, Sabelli, y Tenuttto 2008) y utilizar el contraste y confrontación en términos razonables sobre el mismo hecho, favoreciendo la posibilidad de una comprensión profunda, a través de la metacognición. La simulación sería una forma de alcanzar estos retos, ya que maximiza la capacidad de liberar la tensión en situaciones difíciles, agiliza el situarse rápidamente ante el hecho de lo que está ocurriendo, la toma de decisiones y posibles resultados, además de contribuir a desarrollar el trabajo en equipo y la

comprensión de la comunicación no verbal (Halamek 2010; Cappelletti, Sabelli, y Tenuttto 2008).

## **JUSTIFICACIÓN**

En el campo de la formación enfermera los educadores precisan diseñar experiencias educativas que se ocupen de enseñar habilidades de síntesis de los conocimientos adquiridos, para favorecer el juicio clínico y la toma de decisiones, y el desarrollo de actitudes difíciles de transmitir solo con los métodos tradicionales (Oh, Kang, y De Gagne 2012). Para simular escenarios que favorezcan el aprendizaje de competencias que resultan desafiantes por su complejidad y por la ausencia de posibilidades de repetición en la práctica, se intenta incorporar nuevas herramientas de enseñanza.

El cine puede ser un recurso que dé respuestas a estos retos, ya que es una manifestación artística que nos ofrece la oportunidad de plasmar distintos escenarios y contextos de una enfermedad, en nuestro caso, oncológica, y sobre todo nos permite ver diferentes maneras de como la viven las personas y sus familias, (Cambló & Mendo, 2013; González de Dios, Tasso Cereceda, y Ogando Díaz 2012; Icart Isern et al., 2008; Klemenc-Ketis & Kersnik, 2011; Oh, Kang, y De Gagne 2012). Las películas o extractos de las mismas se convierten en segmentos de realidad para ser llevados al aula, con un poder de evocación inmediata y además son especialmente adecuados para

despertar la implicación emocional y afectiva del espectador, activando conflictos y problemas del inconsciente, provocando la reflexión sobre los valores individuales, condición imprescindible para cualquier intento de construcción de la personalidad ( González de Dios, Tasso Cereceda, y Ogando Díaz 2012).

En algunos estudios sobre el tema realizados en el campo de Enfermería y Medicina, los participantes referían que la visión de las películas los habían llevado a la reflexión sobre sus actitudes ante la vida, la muerte y otras situaciones difíciles (Klemenc-Ketis y Kersnik 2011; Oh, Kang, y De Gagne 2012).

Coinciden los educadores en la función constructivo-deliberativa que ejerce el cine ( González de Dios, Tasso Cereceda, y Ogando Díaz 2012), desarrollando la autonomía, la crítica y la reflexión en busca de una toma de decisiones más responsables basadas en la empatía, la escucha, la implicación y la conciencia sobre las dinámicas familiares y la influencia sociocultural en la vivencia de la enfermedad (Cambló y Mendo 2013; Gramaglia et al. 2013; Icart Isern et al. 2008; Klemenc-Ketis y Kersnik 2011).

Por otra parte permite observar la identificación de diferentes respuestas humanas de las personas en relación con la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, incluso con la manera de relacionarse con los profesionales de la salud (Kuhnigk et al. 2012), potencia el lenguaje

no verbal ( González de Dios, Tasso Cereceda, y Ogando Díaz 2012; Halamek 2010; Klemenc-Ketis y Kersnik 2011; Oh, Kang, y De Gagne 2012) o permite descubrir la importancia de la observación (Icart Isern et al. 2008).

De este modo, ver una película puede convertirse en un proceso de transformación si se introduce de forma adecuada, (Cambló y Mendo 2013) requiriendo una cuidadosa elección de las películas, para garantizar que estén relacionadas con el tema a tratar, teniendo el profesor un rol fundamental en este proceso (Cappelletti, Sabelli, y Tenuttto 2008; Carpenter, Stevenson, y Carson 2008; Gallagher et al. 2011; Gramaglia et al. 2013).

En este proyecto educativo se han elegido fragmentos de películas que tratan sobre el proceso oncológico, aprovechando el cine como ejercicio de simulación e invitándoles a través de él a vivenciar situaciones de gran impacto emocional en el cuidado de los pacientes oncológicos, así como identificar respuestas humanas en las escenas visualizadas, para mejorar su capacidad de juicio clínico.

# CAPITULO 1: EL CONTEXTO ONCOLÓGICO

## 1.1. LA PERSONA CON UN PROCESO ONCOLÓGICO

Jamás desfallezcas ante las más sombrías  
aflicciones de tu vida, pues aún de las  
nubes más negras cae agua limpia y  
fecundante.  
*Proverbio chino*

A principio del siglo XX, la palabra cáncer era algo estigmático y silenciado, y aún hoy es sinónimo de sufrimiento, dolor, deterioro y finitud, pero según aumentan las investigaciones, se diversifican los tratamientos y la tasa de supervivencia se prolonga en el tiempo. A su vez, se consigue que gradualmente haya más información y ello ayuda a que se hable con mayor naturalidad sobre la enfermedad, asumiendo más protagonismo las personas que la sufren, con menos ocultación por parte de todos los que la rodean, lo que ayuda a escuchar, comprender y evidenciar la situación de enfermedad, el contexto que la rodea y especialmente dónde todo esto coloca a la persona afecta (Ruiz-Benítez, Coca, y et al 2008; Á. C. López et al. 2015).

La enfermedad oncológica provoca una convulsión interna y tiende a dejar al descubierto las raíces de las personas produciéndoles con frecuencia una sensación de amenaza e indefensión ante algo que no pueden controlar, más aún si los síntomas se vuelven persistentes y el enfermo presiente que esta situación supera sus propios recursos de afrontamiento (Astudillo y Mendinueta 2005; Fernández y Flores 2011). Pocas enfermedades, causan mayores sentimientos de

ansiedad, aprensión y miedo, como el cáncer, sus efectos fisiológicos y psicológicos producen en los pacientes y familias cambios profundos en sus estilos de vida, provocando desestructuras importantes en su escala de valores, y cambiando la percepción del sentido de su vida.

A su vez, es muy importante no olvidar que hay otra emoción inevitable y prácticamente inseparable en la persona que se siente amenazada: la esperanza, y es esa coexistencia la que ayuda a desarrollar el afrontamiento (Abreu et al. 2014; Markides 2011; Puchalski et al. 2009). El término esperanza es definido por el diccionario, como un estado de ánimo según el cual aparece como posible lo que se desea. Independientemente de las diferentes connotaciones semánticas, es un constructo donde se involucran necesidades y motivos, expectativas, proyecciones, deseos, sueños, aspiraciones, creencias y atribuciones, que pueden tener o no una base realista, en función del auto-concepto y la auto-valoración de la personalidad, del nivel de información recibida o disponible, del grado de funcionamiento psicológico y del uso de mecanismos de defensa, de su contenido y forma de manifestación entre otros determinantes. Este constructo está ligado al sentido de vida de los individuos. Puede tener una proyección de corto, mediano y largo alcance y suele ser un motor impulsor en la búsqueda de la verdad, para reducir así, la incertidumbre que puede ocasionar el desconocimiento de la enfermedad, los tratamientos y pronóstico, por cuanto que la presencia

de la esperanza mediatiza o desempeña el papel de amortiguador reduciendo el estrés emocional y la fatiga.

En relación al afrontamiento, la esperanza puede permitir a los pacientes y sus familias someterse a tratamientos médicos con rigor, y participar activamente en su rehabilitación y recuperación. La adaptación a una vida con cáncer o el mantenimiento de un nivel razonable de calidad de vida puede considerarse como relativo a la reducción de las emociones negativas y a la creación de una situación vital con fuentes adecuadas de gratificación personal y satisfacciones diarias. Los pacientes y los profesionales de la salud han argumentado que, dadas las numerosas evidencias de personas que hacen notables recuperaciones, mantener la esperanza es razonable incluso en situaciones aparentemente con bajas probabilidades. No obstante, abordar la esperanza de forma inadecuada, puede crear falsas expectativas en los pacientes en relación con la enfermedad y el tratamiento, provocando efectos que disminuyen la satisfacción y aumentan la desconfianza, por ello los profesionales de la salud deben mantener un delicado equilibrio para gestionar el exceso de optimismo en los pacientes (Johnson 2007; Benzein y Saveman 1998; Triviño y Sanhuesa 2005). Esto nos sugiere que las esperanzas y las expectativas son construcciones relacionadas pero independientes. Referenciamos dos estudios , ambos cualitativos sobre la esperanza y las expectativas, uno sobre cuidadores y otro sobre pacientes de

cáncer paliativos, donde vemos la distinción de los dos constructos, refiriéndose a las expectativas como requisito previo para la satisfacción y la esperanza como deseo, pero no necesidad. Los investigadores encontraron que tanto las esperanzas como las expectativas se correlacionaron con las experiencias anteriores y los rasgos de personalidad, con los valores y las creencias que la persona ha ido incorporando con los años, con las relaciones interpersonales, con la ayuda /cuidados que reciben, con una evaluación realista de la situación o la amenaza, la ideación de alternativas y la fijación de objetivos, la evaluación continua de las señales que refuerzan dichos objetivos, y una determinación para ser mejor. Sin embargo existe incertidumbre en cuanto a cómo interactúan las experiencias previas y los rasgos de personalidad para producir distintas esperanzas y expectativas, y cómo los resultados afectan a su diversidad. Por lo tanto los mecanismos para distinguir entre una esperanza frente a una expectativa siguen siendo en gran medida poco claros (Morse y Doberneck 1995; Leung et al. 2009).

Según el filósofo Santiago Kovadloff (2002) existe una diferenciación tajante entre “esperanza” e “ilusión”; la primera situada en las limitaciones potenciales reales del presente; la segunda extrayendo su vitalidad de las expectativas y los anhelos del mañana.



Por lo tanto la esperanza, no funda su consistencia en lo venidero, el mensaje le llega desde el presente, de la inmediata realidad que habita, de la presencia inequívoca de aquello que da sustento a su consecución. Por ello la esperanza es una de las principales “fuerzas de la vida”, de la vida-aquí-ahora. En este sentido, la esperanza funciona abriendo nuevas posibilidades, presentando nuevas maneras de ver y pararse frente a la realidad. Es considerada por los profesionales como un elemento fundamental para posicionar al paciente y la familia frente a la realidad de la experiencia de enfermedad.

Es por eso que cuando manejan la esperanza lo hacen a través de esperanzas reales, “uno no debe mentir ni crear falsas expectativas”, lo cual significa que lo importante es generar una comunicación veraz, donde lo central es el cómo y el-mientras-tanto, pero con la clara presencia del “aquí-ahora”, como telón de fondo de la situación de enfermedad.

Los profesionales deben manejar la esperanza desde las “pequeñas cosas” o “pequeñas metas”, tal vez habría que hablar de unas “microesperanzas”, visto del lado del paciente, algo tan pequeño como salir una mañana a un parque a tomar el sol puede ser algo fabuloso. Como lo muestra el resultado del estudio realizado en cuidados paliativos con pacientes y profesionales donde a través del trabajo de campo, los profesionales siempre intentaban establecer una ida y

vuelta entre el concreto y limitado presente y el incierto futuro (cercano) de los pacientes, permitiendo que ellos mismos tomarán la mayor cantidad de decisiones posibles con respecto a sus vidas.

El “manejo” de la esperanza, si es posible darle este nombre a la ida y vuelta que se crea entre las esperanzas de los profesionales y las de los pacientes y sus círculos sociales, se da a través de una escucha atenta y una firme pretensión de pararse en el presente, teniendo siempre algo positivo para ofrecer. Las enfermeras han de ayudar a los pacientes a lograr un equilibrio entre la desesperanza y la esperanza a través de metas alcanzables y realistas, pudiendo ayudar al paciente a hacer frente a su situación (Wang 2000; Wainer 2004).

Pero cuando se deja al paciente y a su familia expuestos solamente al miedo, y éste se convierte en algo que desborda los recursos psicológicos de que dispone el paciente para afrontarlo, puede generar en él una conducta desorganizada. El miedo a perder la esperanza en el paciente oncológico conlleva a una actitud pesimista y desesperanzadora de la realidad, despojando al enfermo del sentido de su lucha, empieza a vivenciar una decadencia de su propia identidad y entra a menudo en crisis existencial en las que su propia filosofía de vida se torna inoperante para solucionar los conflictos, con la consiguiente repercusión somática (Abreu et al. 2014).

Aun manteniendo esa esperanza, el curso de un proceso oncológico se caracteriza por ser una experiencia humana densa, donde los enfermos presentan a menudo numerosos temores tanto reales como subjetivos, porque el cáncer no solo está determinado por factores biológicos, sino que además influye y afecta el modo de respuesta del individuo, ya sea en sentido positivo como crecimiento personal o en sentido opuesto como trastorno emocional, y en ello son determinantes también los aspectos sociales, culturales y psicológicos. El pasado, el presente y futuro, la historia de vida del individuo, todo ello, cobra importancia y se entremezcla, multiplicando y añadiendo otros factores como son la edad, el tipo de tumor, las creencias espirituales, el apoyo social, el tipo de tratamiento recibido, el nivel educativo, el género, el estado marital el tiempo que haya transcurrido desde el diagnóstico, la percepción de control que el individuo tenga sobre la enfermedad, incluso influye la relación que mantenga con los profesionales de la salud que lo atienden (Marcusen 2010; Costa y Ballester 2010; Fernández y Flores 2011; Vinaccia et al. 2014).

Las experiencias de sufrimiento de pacientes, familiares y personal sanitario se hallan a menudo estrecha e inextricablemente relacionadas, donde el malestar o el bienestar percibido por uno de los tres tipos de protagonistas amplifica el malestar o el bienestar de los demás (Abreu et al. 2014).

En el sentido más negativo, el cáncer suele repercutir disminuyendo la autoestima, el auto-concepto, aumentando la ansiedad, la depresión, los sentimientos de culpa, la pérdida de energía, que los lleva a dejar el trabajo, a no poder realizar actividades de tiempo libre. También es notable a veces la carencia de afecto, ya que esta enfermedad rompe muchos vínculos, incluso relaciones duraderas y significativas, provocando sentimientos de aislamiento, desesperación, agresividad, insomnio. Aparecen temores relacionados con la muerte, el sufrimiento, el dolor, la pérdida de identidad, temor a dejar cosas incompletas, vergüenza por los cambios de imagen corporal y algunas otras situaciones fuera de control, como el miedo a la dependencia y al sufrimiento espiritual (Simões 2010). Todo ello es de gran importancia ya que estas emociones y sentimientos influyen en la calidad de vida de los pacientes oncológicos (Valero 2011; Yang,Brothers, y Andersen 2008; Vestena Zillmer et al. 2012; Arbizu 2009).

Conocer la enfermedad y su proceso, los tratamientos y sus efectos secundarios, es el punto de partida que permite entender el proceso biomédico, y a partir de ahí acercarse a la comprensión de los aspectos emocionales y espirituales. Dependiendo de la fase de la enfermedad en que se encuentra la persona con cáncer, se suelen agrupar las reacciones emocionales en unas etapas definidas, aunque no supongan un axioma que ha de cumplirse en toda persona (Cortés-Funes et al.

2012). Según Cortés-Funes (2012), las fases más comunes, con sus respectivas etapas emocionales, son:

La fase pre-diagnóstica suele ser vivida con mucha ansiedad e hipervigilancia, suele estar repleta de pruebas diagnósticas, que resultan largas y penosas, es una espera llena de silencios y dilemas.

La fase diagnóstica, suele ser vivida como un fuerte shock y sentimientos de incredulidad. Es el primer contacto con la enfermedad, la pérdida de la salud se hace consciente, se vive con miedo, depresión, incluso con hostilidad. Se generan momentos llenos de incertidumbre y tensión, a la vez que se dan reacciones de desajuste y reajuste. La persona se siente vulnerable y se empieza a pensar en la muerte como algo más real y cercano. La intensidad de estas reacciones varía en función de las características personales.

La fase de tratamiento: los tratamientos que se utilizan en el control del cáncer son agresivos, con múltiples efectos secundarios, difíciles de entender por el paciente, por las fluctuaciones en sus efectos y sin la certeza de curación. Esto hace a la persona más vulnerable, con miedo al dolor, teme perder el control de su vida, toda su cotidianidad se desmorona, con ella su calidad de vida y el cambio de rol dentro de su ambiente familiar y social. También pueden aparecer sentimientos altruistas, o por el contrario de aislamiento, de indefensión, de

inutilidad, miedo a la muerte y otras alteraciones diversas frente a los cambios físicos.

La fase de curación, en la que, al principio, suele aparecer una alegría extrema que puede desembocar en miedos, ansiedad o depresión, ya que pasan a ser supervivientes de una enfermedad grave, que les ha dejado secuelas físicas importantes de las que no se recuperan de inmediato, sino muy despacio, o tal vez nunca vuelvan a estar como antes. Psicológicamente suele ser un momento problemático, rodeado de una incertidumbre constante ante la posible recaída o nueva aparición de la enfermedad. Ya no se perciben enfermos, pero no se sienten normales, las revisiones médicas hacen que sus visitas al hospital sean periódicas provocándoles un intenso estrés y son vividas como un sentimiento que les hace diferentes y les consciencia de la cronicidad de la enfermedad, manteniéndolos en un estado de alerta frente a cualquier cambio físico. A su vez deben dedicar ahora toda su energía a la vuelta a la cotidianidad, son momentos en que surgen grandes preguntas sobre su autonomía-dependencia, su vida afectiva, la incertidumbre frente a comenzar con nuevos proyectos futuros, sienten aislamiento por falta de comprensión sobre sus sentimientos, necesitan comunicar sus vivencias sobre cómo han experimentado la enfermedad. Todo ello hace curiosamente que sea uno de los momentos en que se recurre con mayor frecuencia a solicitar ayuda de otros, psicólogos, o asociaciones.

Algunas revisiones sistemáticas consultadas sobre el miedo a la recurrencia del cáncer (Simard et al. 2013; Thewes et al. 2012; Crist y Grunfeld 2013), nos reiteran que no solo es una de las mayores preocupaciones de los supervivientes, sino que incluso es mayor en los cuidadores o por lo menos son estos los que más preguntan sobre el tema. Este miedo especialmente se agudiza con la presencia de síntomas físicos, como la fatiga, el dolor (que pueden tener relación con la enfermedad o simplemente con otra situación de salud) (Simard et al. 2013). En una de estas investigaciones sobre el tema, asociaron la aparición o concienciación del miedo a la recurrencia y/o a la progresión de esta enfermedad con la calidad de vida, porque ese miedo se convierte en una amenaza para el cumplimiento de proyectos, de una vida con futuro y conlleva un cambio de comportamiento, alteraciones psicológica, reacciones emocionales o manifestaciones cognitivas negativas (por ejemplo, la percepción de riesgo, incertidumbre, angustia, ansiedad, y depresión), y pueden perpetuar en comportamientos disfuncionales, incluyendo conductas de evitación, hipervigilancia ante síntomas de cualquier índole y una incapacidad para planificar sus vidas (Crist y Grunfeld 2013).

Otros estudios sobre el tema hacen un intento de identificar los factores claves asociados con "el temor de recurrencia" en estos pacientes, encontrándonos con la influencia de factores como la edad, los supervivientes más jóvenes pueden percibir su cáncer como un hecho

inesperado y presentan los niveles más altos de ansiedad y depresión en general.

Otro factor son los supervivientes con niños pequeños, también los supervivientes que experimentan síntomas físicos de la índole que sea, estén estos o no relacionados con la enfermedad, y aunque se encontraron pocos estudios sobre el tema, también influyen el género, la etnia y la cultura. Hasta la fecha, ha habido muy pocos trabajos para examinar el miedo a la recurrencia del cáncer desde una perspectiva intercultural, y no está claro en qué medida el significado y las manifestaciones se traducen en todas las culturas, se necesitan estudios futuros para confirmar la validez transcultural (Crist y Grunfeld 2013; Thewes et al. 2012).

La fase de recidiva o vuelta de la enfermedad, en el caso de que ello ocurra, provoca un mayor impacto emocional y mayores repercusiones físicas y psicológicas. La persona comienza de nuevo a pasar por lo mismo, pero los tratamientos son más limitados, sienten culpabilidad por no haber superado la enfermedad, aparecen las dudas e intentan buscar otras opiniones y /o terapias alternativas, se sienten desilusionados, incrédulos y les invade un gran malestar emocional. Se sienten enfadados consigo mismos y con los profesionales que los atienden, culpándolos por no haber dado curación a su enfermedad o por no haber detectado el progreso de la misma, la negación se hace



más patente, la ansiedad, la depresión, desesperación, aparecen en otro nivel de intensidad y percepción. La sensación de fracaso permanece durante mucho tiempo, aunque cuando comienzan con las nuevas estrategias de tratamiento la mayoría suelen ser capaces de aceptar y afrontar la situación y ponen en marcha sus recursos adaptativos. Necesitan ser escuchados, que se comprenda su vivencia de enfermedad y el sufrimiento que les conlleva, rechazan los consejos estereotipados que no les ayudan en nada. Desde el punto de vista del cuidado, es una situación difícil de manejar.

La fase terminal o paliativa, tiene lugar ante la presencia de enfermedad avanzada con escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo, o ante la enfermedad progresiva con aparición de problemas o síntomas intensos, o bien, ante la enfermedad incurable con pronóstico vital limitado. En esta fase, la experiencia y los datos disponibles nos indican que el paciente suele ser consciente o lo presiente, aparezca o no la negación. La negación suele ser consecuencia del impacto que provoca esta situación, es decir, el paciente la elude, no quiere saber nada de que su enfermedad es irreversible, de que el desenlace puede ser la muerte. Este fenómeno es considerado como una conspiración adaptativa y está amparada por la ley 41/2002. Por el contrario y de la misma forma, no debemos olvidar que es un derecho del paciente si así lo decide, tener conocimiento de la verdad, desde el punto de vista ético y legal.

En esta fase, pueden aparecer emociones como ira, rabia, depresión, miedo al abandono, a la pérdida de control, a la pérdida de su dignidad, a la aparición del dolor, también una gran preocupación por sus seres queridos que prevé van a dejar. Se enfrentan a multitud de situaciones estresantes, negocios inacabados, duelo anticipado, etc... Por lo general suelen tener una gradual aceptación y adaptación ante la situación de enfermedad y muerte, aunque esto no se consigue fácilmente y no todos pueden hacerlo. Suele ser un proceso largo y doloroso, repleto de dificultades (Fernández y Flores 2011; Ruiz-benítez, Coca, y others 2008; Colell Brunet y others 2005; Stern 2010; Pirl, Braun, y Greenberg 2010; Guzmán y Bermúdez 2013).

En una importante meta-síntesis cualitativa del 2013 llevada a cabo en Dinamarca, que aglutina 10 estudios cualitativos entre 1995 y 2011 sobre experiencia emocional del paciente con cáncer de pulmón incurable, emergen ocho temas como consecuencia de las experiencias emocionales vividas por estos pacientes: culpa, vergüenza y estigmatización, alternancia entre la esperanza y la desesperación, la soledad, el cambio de imagen y la autoestima, sentimiento de inutilidad y dependencia, incertidumbre y preocupaciones, ansiedad y/o miedo y sentimiento de pérdida. La vergüenza, y la estigmatización estaban asociadas al sentido de culpabilidad. Habían sido fumadores y por lo tanto se culpaban a sí mismos de su enfermedad, es decir que sentían haberse auto-infringido la lesión (cáncer). A su vez, les daba miedo la

reprimenda de los demás respecto a ser o por haber sido fumadores, causándoles un sentimiento de estigmatización. Los pacientes referían no querer que la gente sintiera lástima por ellos, ya que eso les avergonzaba y sentían menosprecio. Todo estas sensaciones les llevaban a un estado de soledad ya que se sentían excluidos de su función social debido a la estigmatización y por lo tanto a la falta de comunicación; del mismo modo se hace hincapié en que el miedo y la angustia relacionados con el cáncer dificultaban la comunicación entre pacientes y familiares, agudizando ese estado de soledad. A menudo pasaban fácilmente de la esperanza a la desesperación, algunos de los pacientes trataron de inducir la esperanza mediante la contemplación de lo que querían hacer antes de morir, o manifestaban que querían vivir una buena vida y disfrutar del tiempo que les quedaba, otros la encontraban en la fe, creyendo que la muerte no era el final sino una transición a la vida eterna. Pero también había grandes dificultades de encontrar alguna esperanza, especialmente los que habían recidivado. La ansiedad, el miedo la depresión y el aislamiento también se relacionaban con la disnea y la fatiga, ambas les provocaban limitaciones físicas y sociales y dependencia de los "otros". El cambio en su propia imagen y autoestima les afectaba en la identidad, ya que pasaban de sentirse una persona a ser un paciente que padece cáncer. Sumando la experiencia de la auto-imagen modificada, el cambio en la condición física, el ser una carga en la familia, el no ser capaces de

realizar algunas de sus actividades diarias, o un desarrollo social adecuado, ni mantener su rol profesional, les hacía considerarse inútiles y dependientes afectando profundamente a su autoestima. Las incertidumbres y preocupaciones estaban relacionadas con su futuro, reflexionaban sobre si habían llevado una buena vida, o si existía vida después de la muerte, mostraban preocupación por si no les daba tiempo de despedirse de sus seres más cercanos, y también por las condiciones en que morirían, o acerca de cómo sus familiares se iban a quedar después de haber muerto.

Respecto a las experiencias de pérdida, éstas fueron causadas por distintos aspectos, tanto de tipo emocional como por cuestiones tangibles. En el estudio se enfatiza que la pérdida se puede definir como pérdida clara o tangible y pérdida no reconocida u oculta. La pérdida tangible se relaciona con los síntomas físicos, sensación de pérdida del control de sus vidas, de sus actividades diarias y/o cambios económicos. La pérdida oculta a su vez puede clasificarse en dos tipos: en una la pérdida es causada por el propio paciente que por vergüenza no comparte sus sentimientos o miedos a otros dando lugar al aislamiento, a una sensación de inseguridad, con lo cual el miedo aumenta, esta pérdida también se relaciona con el dolor y la angustia espiritual. La otra causa de pérdida suele ser provocada por los “otros”, que por una bondad equivocada ocultan la verdad, el pronóstico o evolución de la enfermedad al paciente, o evitan que este exprese sus

sentimientos por resultarles una situación molesta a ellos mismos. La pérdida suele ser gradualmente paralela a la progresión de la enfermedad. En esta metasíntesis se interpreta un aumento y evidencia la actual comprensión de las experiencias emocionales de los pacientes con cáncer y nos muestra como todos los factores estudiados se interrelacionan entre sí (Refsgaard y Frederiksen 2013).

El tipo de respuesta cognitiva, emocional comportamental, psicológica que el paciente presente frente a las diferentes fases dependerá de una serie de factores relacionados, como ya hemos referido, aspectos biológicos, aspectos sociales, factores intrapersonales e interpersonales, diferentes reacciones emocionales y diferentes estrategias de afrontamiento (Abreu et al. 2014; Valero 2011). La familia, los amigos, las condiciones laborales, el personal sanitario o la organización hospitalaria, incluso la interacción con otros enfermos, pueden llegar a convertirse en elementos facilitadores o disruptores en las vidas de estas personas llegando incluso a afectar el curso y pronóstico de la enfermedad (Torrico Linares et al., 2002).

Este recorrido por las fases del proceso oncológico con la mirada centrada en el impacto en la persona, nos deja entrever el tipo de cambio drástico que ocurre en la vida de las personas afectas de cáncer, que las lleva a reevaluar la visión que tienen de sí mismos, la visión del mundo que les rodea y sus perspectivas de futuro (Guzmán

y Bermúdez 2013) y repercute en su calidad de vida y con ello, en la forma de afrontarlo (Fernández y Flores 2011).

Conocer las emociones propias de los enfermos oncológicos, ya sean positivas o negativas, es una tarea de gran relevancia, y puede ayudar a detectar tempranamente trastornos psicológicos y mejorar la calidad de vida de estos pacientes (Hodges, Humphris, y Macfarlane 2005). Es fundamental por lo tanto, durante todo el proceso, proporcionarles apoyo y conocer la atención y manejo de las alteraciones emocionales a la hora de establecer las pautas de cuidados.

Es también, interesante reconocer que algunas de las emociones negativas constituyen una especie de alerta para el individuo y su medio y tienen por tanto una importante función de supervivencia. Tenerlas en cuenta puede ayudarnos a planificar y encontrar alternativas desde las situaciones más pesimistas, así pues, la negación es una respuesta de defensa cuando la verdad es demasiado dolorosa de sobrellevar, el miedo no solo ayuda a combatir o a escapar de las posibles amenazas, sino que fomenta comportamientos protectores en los demás. La tristeza que está asociada con la incapacidad de lograr lo que uno se ha propuesto, despierta la simpatía y preocupación de otros. Los sentimientos de culpabilidad, los hacen sentir, a pesar de la tortura que suponen, que son seres morales, la vergüenza indica a los otros que no deben violar el espacio íntimo de quien la siente. La ira

es una protección inicial frente a un ataque, puede originarse en el temor o sentimiento de impotencia y refleja la respuesta a una pérdida de control, la ansiedad puede ser útil en el proceso de adaptación de la enfermedad, solo si esta se intensifica o cronifica puede dar lugar a situaciones psicopatológicas que comprometen el curso del tratamiento y la calidad de vida del paciente (Astudillo y Mendinueta 2005). El miedo en coexistencia con la esperanza, puede convertirse en un motor impulsor en la búsqueda de la verdad que reduzca así la incertidumbre que puede ocasionar el desconocimiento de la enfermedad, los tratamientos y pronóstico.

En Oncología, es importante tenerlo todo en cuenta, por ejemplo, el ambiente que rodea a los pacientes suele verse incrementado por entornos que llegan a convertirse en cotidianos como son el hospital, las consultas, los enfermos con los que coincide en el ámbito hospitalario, las asociaciones a las que acuden en busca de ayuda, esto conlleva, por un lado, que sus microsistemas aumenten en número y, por otro, a que la dinámica de funcionamiento de cada uno de ellos se torne más compleja. Y todo ello afecta y modifica las conductas del sujeto y tiene un peso en su recuperación o en su adaptación, así como en la evolución de su enfermedad (Torrico Linares et al. 2002).

## **1.2. EL ENTORNO: LA FAMILIA**

El lugar donde nacen los niños y mueren los hombres, donde la libertad y el amor florecen, no es una oficina, ni un comercio, ni una fábrica. Ahí veo yo la importancia de la familia.  
Gilbert Keith Chesterton. Escritor británico

La experiencia de la enfermedad oncológica es un proceso que afecta también al grupo familiar, que constituye el sistema de apoyo primario el cual, se ve perturbado en su normal funcionamiento previo, a consecuencia de la aparición del cáncer (Cortés-Funes et al. 2012), produciendo una crisis que desestabiliza la dinámica familiar. Ante esta situación, las familias responden de múltiples maneras: negando la crisis y manteniendo la estructura previa, o bien generándose procesos de disolución familiar, dejándola desestructurada por completo o, por el contrario, generando procesos de adaptación y flexibilidad frente a la situación estresante (Bequelman 2011; Cortés-Funes et al. 2012). Algunos de los dilemas más frecuentes, suelen manifestarse desde la reacción de la familia frente al diagnóstico y pronóstico, seguida de lo que conlleva la parte física, (efectos y consecuencias del tratamiento), al igual que suelen aparecer si el paciente sobrevive o en su fase paliativa. El paciente y su familia viven con cambios significativos y desafíos en sus relaciones y con la incertidumbre sobre cómo la enfermedad y sus vidas progresarán de manera diferente pudiendo ocasionar la apertura de un abismo, pues lo que es suficiente para unos no lo viven igual los otros (Griffin et al.



2014). En otras ocasiones, para la familia el hecho de que el ser querido esté vivo es suficiente, quitando importancia o no prestando atención a las dificultades ligadas al diagnóstico, el tratamiento, o las secuelas de ambos. Estas situaciones suelen repercutir en el paciente y llevarle a la percepción de aislamiento, no se siente escuchado, por lo tanto sus vivencias y sentir no tienen valor para la familia y ello repercute en una frecuente reacción en la que disminuye la comunicación (Torrico Linares et al. 2002). Podría decirse, que el proceso de la enfermedad implica una crisis que pone a prueba la madurez y los recursos familiares. De ahí la importancia de tenerlos en cuenta en el contexto de la atención a la persona con cáncer.

Así, es importante evaluar el valor que para el sistema familiar tienen tanto las emociones, como los patrones de comunicación que hacen que entre los miembros se permitan expresar sentimientos. La adaptación psicológica tiene que ver con la cohesión, la satisfacción y felicidad que consiguen estando juntos, con la cercanía familiar, la expresividad emocional relacionada con la competencia familiar global y con la valoración de las expresiones físicas y verbales de sentimientos positivos, así como la facilidad de mostrar sentimientos de calidez y afecto en general.

Otros elementos a tener en cuenta son el nivel de conflicto previo, conflictos no resueltos, antecedentes de culpabilización y discusión, o

niveles elevados de negociación y aceptación de la responsabilidad, al igual que los valores fuertes y consistentes de liderazgo en la familia y estilo familiar (Cortés-Funes et al. 2012).

Una revisión sistemática realizada en Reino Unido, recogía 23 estudios dentro del contexto del paciente con cáncer, cuyo objetivo era encontrar los resultados de las intervenciones que se llevaban a cabo en las que la familia y el paciente participaban conjuntamente de la información, educación y apoyo psicosocial ante el efecto de síntomas y otros problemas relacionados con la salud. Destacamos que las intervenciones fueron en su mayoría realizadas por enfermeras de prácticas avanzadas, y en algunas ocasiones por psicólogos y/o trabajadores sociales. También extraemos, cómo las múltiples y diversas medidas y materiales que se utilizaron no contenían una base teórica, ni métodos homólogos para llevar a cabo las intervenciones. Esta batería reunía una gran diversidad de metodología que podía incluir tanto las explicaciones sobre los síntomas físicos que el paciente podía manifestar, como evaluaciones emocionales del paciente y / o de los cuidadores, tales como adaptación emocional de afrontamiento, calidad de vida, funcionamiento social, la carga del cuidador, el ajuste marital y/o conocimiento del cáncer y los problemas asociados. A pesar de esta irregularidad en las formas, los resultados dieron un patrón de mejora de la salud emocional de los pacientes y sus cuidadores cuando la intervención incluyó el apoyo de ambos, pudiendo reducir la carga

del cuidador, mejorando aspectos de su calidad de vida (por ejemplo, reducir la ansiedad y angustia). Las intervenciones basadas en la pareja facilitaron el apoyo emocional y mejoraron el afrontamiento (Hopkinson et al. 2012).

También incluimos otra revisión sistemática realizada en la Universidad de Sydney (Australia), en relación a las necesidades no satisfechas de los pacientes y familiares. El resultado obtenido de estas necesidades no satisfechas pueden agruparse en seis dominios: Compresión sobre la enfermedad, emocionales y psicológicos, el compañero o el cuidador, impacto y actividades diarias, las relaciones, información y la espiritualidad. Los autores refieren que resultó dificultoso cuantificar las necesidades insatisfechas, debido principalmente a la diversidad de métodos utilizados en los estudios (por ejemplo, diferentes medidas, variabilidad en la conceptualización de las necesidades insatisfechas, etc.). Del estudio se concluyó que muchas de las necesidades insatisfechas de primer rango en todos los artículos se referían a lidiar con el estrés emocional o psicológico (Lambert et al. 2012).

En lo referente a las reacciones ante la proximidad de la muerte, también son muy diversas y se relacionan con el estilo de cada familia. De este modo, aquellas que no admiten la expresión abierta de sus sentimientos, suelen sufrir duelos complicados, difíciles y las que tienen una comunicación abierta pueden expresar mejor y más

tempranamente sus emociones, y los procesos de duelo resultan más fluidos, utilizando mejor sus recursos para superar las situaciones (Northouse et al. 2010).

Debido a que la prestación de cuidados a un adulto con cáncer es un proceso dinámico, se percibe que la carga del cuidador y las preocupaciones psicosociales pueden ser diferentes dependiendo de la fase de la enfermedad. Hay evidencia de una escalada en la ansiedad, la depresión y los trastornos psicológicos del cuidador a medida que disminuye el estado funcional del paciente o esté se acerca a la muerte. Williams y McCorckle (2011), en una revisión sistemática cuyo objetivo era capturar las necesidades de los cuidadores de pacientes con cáncer, agruparon a aquellos cuyos pacientes recibían atención paliativa, y a los que estaban en la fase de duelo después de la muerte. Se revisaron 19 estudios de seis países diferentes. Los resultados mostraron variaciones considerables por la heterogeneidad de las muestras, de las medidas de resultados, y de las metodologías y enfoques analíticos utilizados. Cuando se llevó a cabo el análisis paciente-cuidador, excepto raras excepciones, no había reciprocidad entre la condición del paciente y la respuesta del cuidador. A menudo, la carga psicológica del cuidador superaba a la del paciente críticamente enfermo. También se mostraba la posibilidad de que los cuidadores en dificultades tengan una influencia perjudicial sobre el bienestar del paciente. Lo que si nos deja claro esta revisión es la necesidad de desarrollar estándares de

investigación, especialmente en relación con los instrumentos de medición, para mejorar la investigación referente a las intervenciones a desarrollar con el cuidador (A.-L. Williams y McCorkle 2011).

También en la revisión de Hopkinson et al. (2012), referida anteriormente, los profesionales al realizar sus intervenciones de apoyo con paciente-familia eran conscientes de que podían surgir problemas cuando el paciente y sus familiares no coincidían en sus expectativas. Concluían refiriendo que la angustia psicológica y la morbilidad son más comunes en los cuidadores de pacientes con cáncer avanzado y enfermos terminales, a su vez destacaban que hacen falta más estudios respecto a este tema con distintos enfoques y perspectivas diferentes, esto es importante para facilitar la interacción, facilitar el afrontamiento y la adaptación en este grupo al final de la vida (Hopkinson et al. 2012). Del mismo modo en la revisión de Lambert (2012) se coincide en que los cuidadores de pacientes en fase terminal presentaban una prevalencia mayor de necesidades insatisfechas que los cuidadores de los sobrevivientes de cáncer (Lambert et al. 2012).

Porque esta enfermedad por su largo recorrido, conlleva una afectación en el sistema familiar antes de que se produzca la muerte de la persona afecta, que provoca diferentes tipos de pérdidas y sus respectivos tipos de duelo (Bequelman 2011). En la fase terminal la familia suele ser la

menos partidaria de informar de la situación al paciente (conspiración del silencio), intentando así protegerlo, bien por una comunicación dificultosa a la hora de hablar de la muerte y la repercusión negativa que ello pueda tener en el enfermo (depresión, pérdida de interés por la vida, locura, empeoramiento del estado físico, sufrimiento innecesario), o por evitación y miedo o desbordamiento emocional por parte de los cuidadores, por creencias religiosas o creencia de que la muerte es la liberación, un alivio ante el sufrimiento y que tiene sentido (Ruiz-Benítez, Coca, et al. 2008).

Otra situación a tener en cuenta son las familias con niños pequeños o adolescentes. Este hándicap conllevan una carga adicional para el paciente y resto de los miembros familiares en la adaptación ante esta amenaza y a la incertidumbre de su pronóstico. Estos niños suelen estar expuestos a un gran estrés psicológico, la interrupción de sus rutinas y cambios de roles familiares, el riesgo de perder a uno de sus progenitores, las múltiples visitas hospitalarias de estos durante la enfermedad, los cambios provocados por los tratamientos o síntomas de la enfermedad y la forma diferente en que los “otros”, la sociedad, empieza a mirarlos, puede causarles un gran trauma. La persona afecta de cáncer con niños de estas edades tiende a protegerles, ocultándoles en lo posible la situación o apartándolos en los momentos más complicados. La falta y/o errónea información y comunicación que se les suele dar, en muchas ocasiones por desconocimiento o por no saber

cómo darla, provoca situaciones estresantes añadidas en los niños, en todo el entorno familiar y suma sufrimiento e influye en el afrontamiento de la persona afecta (Gordillo Montaña et al. 2014).

Crist y Grunfeld (2013), en una revisión para identificar los factores clave asociados con el temor de recurrencia en pacientes con cáncer, encontraron dos artículos que informaron cómo los supervivientes con niños pequeños experimentaron mayor temor, les preocupaba la adaptación emocional y conductual del niño sobre cómo el niño podría hacer frente a la pérdida de uno de sus progenitores. Estos resultados ponen de relieve la importancia de orientar a estas familias a beneficiarse de las intervenciones terapéuticas de profesionales cualificados, especialmente para la unidad familiar (Crist y Grunfeld 2013).

Otro aspecto que se produce dentro del entorno familiar es el hecho de que siempre se erige uno de los miembros como “cuidador principal”, que asume voluntariamente o no, el papel de responsable en un sentido amplio, intenta cubrir las necesidades básicas de manera directa o indirecta del paciente, e intenta tomar decisiones por y para el paciente. Asumir el rol de cuidador principal tiene necesariamente unas repercusiones en la vida del enfermo, en la institución familiar y una repercusión individual y de salud de quién acoge este papel. Es una situación que requiere una adaptación intensa, que ocasiona

reacciones emocionales, no solo en el cuidador sino también en el resto de interrelaciones que conformaban su vida. Puede llegar a vivir una sobrecarga (conjunto de actitudes y reacciones emocionales que el cuidador familiar siente ante la experiencia de cuidar), siendo susceptibles de presentar un desgaste físico y emocional que pueden tener consecuencias negativas. Casi todos los autores coinciden en sus resultados en el impacto que supone cuidar a una persona dependiente en la salud y en la calidad de vida de los cuidadores, además del sesgo de género tan marcado que existe en este rol, recayendo mayoritariamente sobre la mujer (Rodríguez Rodríguez y Rihuete Galve 2011; Naudeillo Cosp et al. 2012; Moreria de Souza y RNT 2011; Mendoza, Virgen, y Pichardo 2014; Cortés-Funes et al. 2012).

Por ello es importante que los familiares se sientan arropados, de forma que tengan la oportunidad de poder expresar sus miedos, dudas e inseguridades (Torrico Linares et al. 2002, Rodríguez Rodríguez y Rihuete Galve 2011).



### **1.3. LA TRIADA PACIENTE-FAMILIA-PROFESIONAL**

Renaces en cada llanto, en cada pedido de ayuda,  
cautivando el dolor de noches agónicas;  
brindando el canto ideal de la compañía final  
rasgando el tiempo y congelando los instantes.  
Florence Nightingale. Enfermera

Los profesionales de Enfermería trabajan con personas en situaciones complejas, no fragmentadas, por eso cuidar no solo es aplicar el proceso de Enfermería en una situación paradigmática, de ahí que establecer juicios clínicos para ofrecer cuidados acertados no sea una cuestión simple de aplicar.

El cuidar se sustenta en un sistema sólido de valores humanísticos que abarca una triada constituida por el enfermo, su familia y los propios profesionales, (García Caro et al. 2010; Serdà y Cunill 2011) dónde influirán la diversidad cultural y las dimensiones afectivas; conceptos subjetivos como son los sentimientos, las emociones, las vivencias, las situaciones extremas, la muerte y una gran variedad de respuestas humanas.

El viaje por el cáncer desde su diagnóstico hasta el tratamiento, incluso hasta el final de la vida o en la supervivencia, es en realidad el resultado de un trabajo en equipo. El paciente y todo su entorno, incluido los profesionales trabajan juntos durante todo el proceso, repleto de descubrimientos y diálogos de colaboración que van estrechando la relación (Puchalski et al. 2009). El profesional de Enfermería es el que más oportunidades tiene de entablar esta relación con el paciente, su familia y otros microsistemas que los rodean, por

el tiempo que pasa junto a ellos y las repetidas visitas de éstos al hospital o la consulta, que les permiten estrechar esta relación.

Como consecuencia de estos encuentros la enfermera va a obtener información no solo de la atención clínica, sino también de las actividades sociales diarias del paciente, que entrarán a formar parte del cuidado en el que ambos participan, así esta relación lleva a la enfermera a una implicación emocional.

La razón de esta implicación radica en la existencia del contagio emocional, la imitación y retroalimentación de la comunicación verbal y no verbal (Hernández 2008; López Alonso 2000). Por otro lado, al cuidar de las personas que sufren, al profesional de la salud se le abre la oportunidad de su propia transformación personal, para estar abierto a ella, el profesional debe tener conciencia de todas las dimensiones de su propia vida y apoyarse en un proceso de reflexión para la práctica. Cuando los profesionales toman conciencia de sus propios valores, creencias y actitudes, crean conexiones más profundas y significativas con los pacientes (Puchalski et al. 2009).

Desde este enfoque, podemos comprender que la calidad de la relación paciente-familia- profesionales de la salud, en el contexto oncológico, alcanza una gran importancia, llegando a convertirse en una relación terapéutica de ayuda (Markides, M. 2011; Northouse, L.L. 2012; Bakker, D. et al 2013).

Hay muchos estudios sobre Enfermería oncológica que describen que las relaciones suelen ser más intensas con unos enfermos que con otros, sobre todo debido a las relaciones de confianza que se establecen (Northouse, L.L. 2012). En la vida cotidiana, la persona con la que tenemos más confianza coincide siempre con la que más contacto e implicación emocional tiene con nosotros. En el campo de la salud, esta confianza hará que el paciente se sienta relajado, seguro y lleno de respeto hacia los profesionales y el tratamiento que recibe de ellos, un campo estrechamente ligado a la enfermera que además a partir de ahí, ejerce de pivote entre otros profesionales y el paciente, incluso entre la familia y el paciente (López Alonso 2000). La confianza es pues, uno de los componentes imprescindible para establecer esta relación terapéutica, en la que la comunicación es un ingrediente esencial (Markides, M. 2011; Henoch, I. et al. 2013).

Con la confianza resulta más fácil suministrar la información y /o hablar de cuestiones espirituales y existencialistas, que en estos pacientes que ven amenazado o limitado seriamente su futuro, se suelen plantear con frecuencia, y los hallazgos nos dicen que esta confianza les hace sentirse seguros y protegidos, reduce la ansiedad y la angustia del paciente y su familia y puede ayudarles en la toma de decisiones (Marcusen, C. 2010; Bathi, T. 2010; Northouse, L.L. 2012; Markides, M. 2011; Kvale, K et al. 2010; Remmers, H. 2009).

La comunicación efectiva integra un componente informativo y otro psico-emocional. Este recurso comunicativo es necesario para afrontar la adaptación a la enfermedad y el proceso de pérdida. Los efectos de ese tipo de intervención proporcionan un sentimiento de esperanza y una capacidad para utilizar de forma autónoma, los recursos necesarios para afrontar el malestar y la incertidumbre que conlleva el proceso, mejorando la calidad de vida (Serdà y Cunill 2011; Henoch et al. 2013).

La necesidad de información y la forma de comunicar esta información a las personas que viven con un proceso oncológico, tiene características diferenciales de la forma de comunicar con personas que tienen enfermedades curables. Igualmente, a través de toda la trayectoria del proceso oncológico se necesitan diferentes tipos y formas de comunicar, incluida la familia (Marcusen, C. 2010; Markides, M. 2011; Kvale, K et al. 2010; Northouse, L.L. 2012; Bathi, T. 2010). La literatura consultada nos habla de que estas necesidades de intervenciones comunicativas surgieron en relación con el papel de la educación ante el temor a la recurrencia del cáncer, concluyendo que los pacientes que recibían intervenciones educativas al respecto conseguían tener una mayor comprensión de las implicaciones de su diagnóstico. La evidencia sugiere que de igual forma los supervivientes de cáncer se beneficiarían de la mejora del suministro y la gestión de estas intervenciones comunicativas (Thewes et al. 2012). Por lo tanto

hay necesidad de desarrollar diferentes tipos de intervenciones, adecuándolas al nivel de gravedad y en diferentes puntos de la trayectoria del cáncer, desde estrategias preventivas hasta los supervivientes, incluso desarrollar estrategias para ayudar a los cuidadores. Actualmente en la práctica clínica las intervenciones más destacables son la psico-educación, tratamiento cognitivo, asesoramiento, el ejercicio, la nutrición, y los programas de rehabilitación. Hasta el momento las publicaciones nos han ofrecido poco sobre los resultados formativos, sociales, espirituales, prácticos, intervenciones de gestión de estilos de vida (como el ejercicio y programas de nutrición), o sobre las intervenciones realizadas con los supervivientes. Además, la mayoría de las intervenciones más bien tienen enfoques temáticos tales como la mejora general en los resultados físicos o psicosociales y hay poco sobre intervenciones específicas. Aun así, hay algunos ensayos aleatorios que investigaron el valor de los cuidados de educación y seguimiento según el tipo de proveedor, es decir intervenciones desde primaria, médicos, y enfermeras especialistas o enfermeras de práctica avanzada en oncología, dando resultados de satisfacción altos, entre ellos destacamos la mejora del sentimiento de angustia en estos pacientes. En cuanto a los resultados relacionados con la supervivencia o la recurrencia de la enfermedad, parece que las intervenciones fueron eficaces promoviendo cambios en el comportamiento dietético y el

ejercicio, llegando a mejorar los resultados en salud física en general, con una reducción de la fatiga y cambios de estilo de vida. Aun siendo la evidencia limitada también encontramos evaluaciones sobre la función sexual, con mejoras de cambios en la salud sexual durante y después del tratamiento, lo que demuestra recomendable incluir a los superviviente de cáncer y las terapias de pareja dentro de las intervenciones educativas. También estos trabajos estudiados reconocen que las intervenciones y la implementación de las mismas, varían sustancialmente dependiendo de la comunidad, de los recursos y la capacidad de ejecución de los profesionales expertos que los manejan. Esas variaciones podrían hacer difícil la implementación estandarizada y actualmente hay limitaciones en la evidencia disponible ( Howell et al. 2012).

Referenciando la participación de la familia en la comunicación e información, la documentación hallada nos ofrece variación de resultados respecto a la eficacia de ofrecer información conjuntamente al paciente y a su familia, y si ello, repercute positivamente en la mejora de calidad de vida de ambas partes. El valor de los distintos tipos de apoyo, y como ya se ha referido, incluso dentro de un tipo específico de abordaje terapéutico existe inevitablemente variación dependiendo de la experiencia profesional y las competencias de los distintos profesionales. Estos diferentes enfoques por lo general no logran aclarar la naturaleza exacta de su eficacia relativa (Jones y

Browning, 2009). Así pues, haciendo una búsqueda a través de diversos artículos desde diferentes culturas, destacamos un programa psico-educativo desarrollado en nuestro país sobre el efecto del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de los cuidadores, que ha contribuido a que sus participantes experimenten un mayor bienestar emocional, atiendan a sus emociones de modo más adecuado y sufran menos pensamientos disfuncionales en relación con el cuidado, e indican los investigadores que en estudios posteriores buscarán confirmar si optan por un programa estable en relación con los cambios registrados, o si dado el carácter progresivo del aprendizaje de las habilidades entrenadas y las cambiantes necesidades asociadas al cuidado, deberá ser un programa abierto (Arritxabal et al. 2011).

Encontramos también un estudio cualitativo en la que se entrevista a enfermeras portuguesas en relación a la necesidad del cuidado a la familia, el resultado nos mostraba que las enfermeras eran conscientes de que la familia convivía con la enfermedad, integrando y colaborando en los cuidados y por lo tanto requerían mucha información, apoyo y enseñanza de los profesionales, especialmente el cuidador principal (Simões 2010).

En un metanálisis realizado en Michigan, los resultados destacaban varias implicaciones para los profesionales de la salud que trabajan con los pacientes de cáncer y sus cuidadores familiares, primero, que los

médicos deberían reconocer que los pacientes y sus familias reaccionan con el cáncer como una unidad, en consecuencia, los dos tienen necesidades legítimas de recibir ayuda de profesionales de la salud. En segundo lugar el estudio refleja que existe un consenso general en la literatura, que cuando los pacientes y los cuidadores son tratados simultáneamente se logran sinergias importantes obteniendo una atención óptima, sin embargo cuando las necesidades de los cuidadores no se abordan, su salud mental y física está en riesgo, y con ello se les niega a los pacientes la oportunidad de tener una atención integral, ya que los programas de atención dirigidos sólo a pacientes rara vez son suficientes para satisfacer sus necesidades porque gran parte de los cuidados dependen de los cuidadores familiares. Extraemos de ello que en busca de una atención integral del cáncer, el plan debe centrarse en el paciente y su cuidador. Según este meta-análisis, hay una clara evidencia de que las intervenciones previstas para los cuidadores de los pacientes con cáncer pueden tener muchos efectos positivos, a pesar de que en los diversos estudios, las intervenciones no mejoraban la calidad de vida general, si presentaban indicios de que eran sensibles reduciendo significativamente la carga de los cuidadores, mejorando su capacidad para hacer frente a la situación, aumentando su confianza y reduciendo la ansiedad, y la mejora de las relaciones de pareja y familia. Por lo tanto el equipo de



salud debería trabajar conjuntamente en intervenciones eficaces para dar respuesta a estas demandas (Northouse et al. 2010).

Otra revisión bastante amplia recalca cómo, debido a las normas sociales y culturales, los recursos de apoyo a la familia varían de un país a otro, por lo que se limitó la búsqueda a los estudios realizados en los Estados Unidos. Curiosamente en esta revisión uno de los ensayos mostró un inesperado efecto, concluyendo que la educación sanitaria y la intervención psicológica en general mejora significativamente si se realizaba estando solo el paciente en comparación con la intervención en donde se implicaba a la familia. Sin embargo, sí había evidencia de que las intervenciones conjuntas familiares-pacientes, funcionaban cuando el paciente estaba en fase paliativa, o con las parejas en relaciones nuevas, o para un síntoma o problema específico (Griffin et al. 2013).

Otra situación dentro del proceso oncológico que no podemos obviar, y existe poca literatura al respecto, es la experiencia de las enfermeras sobre el cuidado en la fase de reaparición o recidiva de la enfermedad. Esta fase es vivenciada en general como “es más difícil todavía, es un desafío”, especialmente en la dificultad del abordaje emocional.

Volver a encontrarse con la enfermedad, repetir, supone para el paciente y su familia confrontarse con el dolor y el sufrimiento, los temores e incertidumbres resurgen con más intensidad y desesperanza, necesitan ser comprendidos con mucha escucha

empática, ser confortados de forma realista, y sobre todo estar junto a ellos. Esta fase supone mayor dificultad en la relación, que con la de los pacientes recién diagnosticado, donde con una buena información y apoyo mantienen una alta esperanza de curación.

En la recidiva hay que ayudarles a recuperar y restaurar la confianza hacia los tratamientos, que se ha perdido, ya que el tratamiento primario que parecía iba a ser un éxito ha fallado, las reacciones en relación a los efectos de los tratamientos son más negativas, la enfermera intenta restaurar la confianza y seguridad evitando dar falsas expectativas, es un crudo momento que puede llevar a la enfermera a sentirse insegura, es ardua tarea ayudar a combatir la desesperanza y el miedo a la muerte y del futuro, uno a veces no sabe que decir o contestar , son situaciones que pueden conllevar un sentimiento de impotencia (Vivar, Orecilla-Velilla, y Gómara-Arraiza 2009).

Según una revisión sistemática realizada por psico-oncólogos en Sidney (Australia), este miedo a la recurrencia del cáncer es uno de los problemas más comúnmente manifestados por los pacientes con cáncer o supervivientes. Hace relativamente poco que se ha tomado conciencia de comprender mejor este fenómeno, que podemos definir como "temor de que el cáncer pueda regresar o progresar en el mismo lugar o en otra parte del cuerpo." Desde la perspectiva del paciente es muy relevante, les causa miedo, y se convierte en el mayor grado de

preocupación, curiosamente el temor es mayor respecto a que aparezca en el mismo lugar, más incluso de que haya una progresión de la enfermedad. Posiblemente esto se debe a la falta de consenso de las diferentes formas de abordar y explicar el pronóstico y las posibilidades reales de recurrencia o progreso de la enfermedad. Esta falta de consenso, impide un seguimiento adecuado y las inexistentes anotaciones de datos clínicos sobre este fenómeno del miedo a la recurrencia. Hay poco debate, sobre psico-educación o instrucciones y elementos para asegurar o seleccionar un instrumento de medida específico para llevar a cabo intervenciones pertinentes en la población sobre el temor y los problemas psicológicos como la ansiedad o la depresión que esto provoca y que clínicamente pueden ser reales frente a una manifestación clínica, o causados por un miedo patológico desproporcionado en relación con el riesgo real, conllevando a un deterioro funcional resultante de dicho miedo, pudiendo alargarse en el tiempo y aumentar la gravedad del problema, dando lugar a frecuentes auto-exámenes y/o a demandas de pruebas médicas por posibles signos de recidiva. Los profesionales debemos ser conscientes de estas preocupaciones en los pacientes y supervivientes de cáncer y utilizar medidas en las revisiones rutinarias, evitando etiquetas como "individuos excesivamente temerosos", aportándoles intervenciones y asistencia inter-multidisciplinar con otros profesionales, para evitar la falta de confianza que este miedo puede generar entre profesional y

paciente. Se necesita más investigación para explorar el papel decisivo de la comunicación de los profesionales sobre los efectos de la evaluación del temor a la recurrencia del cáncer (Thewes et al. 2012).

También es importante resaltar que la fase terminal no siempre tiene lugar en Unidades de Cuidados Paliativos o en el domicilio, sino que son muchos los pacientes oncológicos que acaban esta última fase en unidades de Oncología. Debido a la complejidad de cuidados en estas unidades se necesitan profesionales de una profunda y alta preparación en todos los campos del contexto oncológico y que ésta sea de calidad (Komprood 2013).

El fenómeno de la muerte al que los profesionales de la salud se enfrentan constantemente puede ser fuente de agotamiento emocional o, por el contrario, de crecimiento personal o, como afirman algunos autores, “la muerte enseña a vivir” (Colell Brunet y others 2005; Salovey et al. 1995). Los procesos de comunicación y la competencia comunicacional en este contexto cercano a la muerte son esenciales y no todos los profesionales la poseen (Marcusen, C. 2010; Markides, M. 2011; Henoch, I. et al. 2013).

Los pacientes describen que este proceso de confianza es importante para su bienestar, y exigen enfermeras expertas, que tengan conocimientos teóricos y experiencias y que sean competentes tanto

en lo que se refiere a las técnicas, como a una buena atención en los aspectos humanos. Los atributos interpersonales se convierten en un importante indicador de calidad para ellos. Los estudios demuestran que la forma en como asisten los profesionales al alivio de los síntomas físicos, también afecta al área existencial, porque sus preguntas tienen respuestas expertas y bien informadas y los pacientes lo perciben rápidamente (Kvale y Bondevik 2010; Markides 2011). Otros hallazgos nos dicen que los pacientes se hacen muy dependientes de las enfermeras expertas, porque les dan seguridad, les alivian el sufrimiento y les enseñan herramientas útiles para el afrontamiento (Marcusen 2010; Kvale y Bondevik 2010; Henoch et al. 2013).

También encontramos referencia sobre la importancia que los pacientes dan a la continuidad en los cuidados enfermera-paciente, y al hecho de poder mantenerse en contacto por teléfono con ellas, desde el domicilio (Kvale, K et al. 2010). Varias revisiones sistemáticas y metanálisis nos muestran en los artículos estudiados que el uso del teléfono o página web para dar información y apoyo al seguimiento de la educación son una de las medidas adoptadas por el personal de enfermería, además de otras (Lambert et al. 2012; Northouse et al. 2010; Griffin et al. 2014; A.-L. Williams y McCorkle 2011), de hecho uno de los estudios demostraba que el asesoramiento telefónico proporcionaba un beneficio significativo para la mejora de la depresión

del paciente y mejoraba la ansiedad. En otro se nos muestra como la web basada en el asesoramiento fue tan eficaz como el cara a cara en la mejora general de paciente, en el funcionamiento psicológico, control de los síntomas, y en el apoyo en las relaciones familia-paciente (Griffin et al. 2013).

Algunas de las herramientas de la enfermera para desarrollar la capacidad de comunicación, interacción y socialización le son proporcionadas por el conocimiento específico que recibe durante su formación, basado entre otros, en las ciencias biológicas, sociales, psicológicas y antropológicas (González Ortega 2009; Yeo et al. 2011). Pero el cuidado basado en la relación e interacción con el paciente para poder intervenir en los actos de cuidar también tiene mucho que ver con el conocimiento personal pues consideramos que capacita a la enfermera para responder al llamado cuidado personalizado, descrito como la interacción personal de relación y transacción que permite a la enfermera conocerse a sí misma y reconocer sus fortalezas y debilidades como persona cuidadora, para poder llegar a ser auténtica en la relación con los demás y generar confianza y seguridad. Esta autenticidad adquirida demanda madurez personal porque debe ser capaz de mantener un equilibrio personal y profesional, debe poseer competencia clínica y habilidad en los dominios físicos y psicológicos

para aplicarlos a la práctica (González Ortega 2009; Rivera y Herrera 2006).

La enfermera experimentada adquiere gradualmente estas habilidades y destrezas, dominios que le permiten percibir de una manera oportuna necesidades del paciente y sus familias y de tal modo proporcionar un cuidado de relación y comunicación, de forma relajada, ya que al estar familiarizada con el contexto , no solo enfoca su preocupación por los problemas asociados de seguridad y tecnología, sino que aumenta su interés por comprender al paciente y por disponer del tiempo necesario para interactuar con él, de ahí que conforme la enfermera adquiere experiencia, se genera sabiduría clínica que se refleja en la seguridad al actuar, en la empatía, la comprensión del otro, en actuar bajo su propio criterio y buscar el momento oportuno para hacerlo. La expertía clínica otorga la suficiente madurez para involucrar sentimientos, actitudes y conductas que le permiten desempeñarse en las relaciones interpersonales con calidad humana (González Ortega 2009).

Por lo tanto la salud de este colectivo es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través del cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos que otorgan. La práctica de la profesión requiere un despliegue de actividades que necesitan un control mental y emocional de alto rigor ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones al

brindar cuidados, no solamente intensivos, sino también prolongados, que además exigen alta concentración y responsabilidad y traen como consecuencia desgaste físico y mental, sin olvidar que esa exigencia le obliga a mantener de forma permanente el espíritu de compartir, con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor (Russell 2016)

Por ello, la relación terapéutica no queda exenta de riesgos para la enfermera. Teniendo en cuenta que el paciente oncológico vive una enfermedad repleta de desafíos permanentes (culpabilidad, pérdida de control, ansiedad, tristeza, miedo a la muerte, alteraciones de la imagen corporal,...), la enfermera oncológica al mantener una estrecha interacción con ellos, experimenta la implicación y vinculación que rodea a esta relación, llevándola a sentir en muchas ocasiones tensión personal e impotencia profesional, esta relación es calificada por los propios profesionales como una interrelación difícil y exigente, no solo con respecto al enfermo sino también con la familia.

A causa de estas profundas dimensiones del cuidado que se les exige, los profesionales de Enfermería oncológica se ven confrontados con sus propios dilemas, envueltos en sentimientos contradictorios sobre los valores de la vida y esto provoca ansiedad, incomodidad, estrés, y otros conflictos que pueden influir en actitudes y posicionamientos no adecuados de evitación, que conducen a una posible falta de entendimiento, incomunicación o aislamiento con respecto al enfermo,



destruyendo la base de la relación y el soporte asistencial (García Caro et al. 2010; Markides, M. 2011; Martensson, G. et al 2010). Hallazgos recientes de la literatura muestran documentos sobre las experiencias de las enfermeras y sus preocupaciones particulares sobre el cuidado del paciente al final de la vida, indicando que las enfermeras expresaron preocupaciones personales, sobre el paciente y sus familiares, e incluían problemas de comunicación. Podríamos extraer cinco temas existenciales claves para estos profesionales: (1) oportunidad para la introspección, (2) ansiedad ante la muerte y el potencial de comprometer el cuidado del paciente, (3) los factores de riesgo y el impacto negativo de la angustia existencial, (4) efectos positivos, tales como un mayor significado y crecimiento personal y (5) la importancia de las intervenciones y el autocuidado (Pessin et al. 2015 ; Peterson et al. 2010).

En una cultura biomédica que está fuertemente orientada hacia la curación y la recuperación, el trabajo y los ideales enfermeros por una buena atención a los pacientes con mal pronóstico o en el final de la vida y el nivel de implicación emocional que ello requiere, a menudo no son lo suficientemente reconocidos y/o apoyados (Gagnon y Duggleby 2014). Si sumamos a esto, el malestar que sufren los profesionales o trabajadores involucrados en el manejo de situaciones altamente estresantes, emocionalmente demandantes y/o traumatizantes a nivel secundario (trabajo con pacientes terminales,

con víctimas de violencia y/o abuso, con afectados por catástrofes, con personas en situaciones límite, etc.), podemos entrever cómo puede afectar profundamente la salud de las enfermeras oncológicas, dando lugar a un fenómeno que puede identificarse con diferentes términos: fatiga por compasión, estrés traumático secundario y/o burnout, fácilmente extensible al resto del equipo, incluso al sistema de salud (Pereira, Fonseca, y Carvalho 2011). Ambos términos siguen un proceso progresivo y acumulativo, que si no se alivia, conduce a una patología más grave, causando cambios en el funcionamiento de enfermería. El burnout se define como "un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por la participación a largo plazo en situaciones emocionalmente exigentes, y no solo por la exposición al trauma y el sufrimiento de un paciente específico. Además de cansancio, el burnout puede incluir despersonalización y baja realización personal.

La fatiga por compasión es un término, utilizado por primera vez por Joinson en 1992 en un estudio sobre el burnout en enfermeras de urgencias. Afecta a todos los aspectos de la vida enfermera, imposibilitándolas para proporcionar cuidados compasivos a los pacientes.

Especulan que el impacto emocional de escuchar las historias traumáticas podría transmitirse a través de procesos psicológicos profundos dentro de la empatía. Babette Rothschild formuló la

hipótesis de que es la empatía inconsciente, la empatía fuera de la conciencia y del control la que pueda interferir con el bienestar del cuidador. Según esta autora la fatiga por compasión aparece como el resultado de proporcionar altos niveles de energía y compasión a los que sufren durante un período prolongado de tiempo, sin ver resultados de mejora. Esto se debe a que la energía compasiva que las enfermeras gastan, con el tiempo se agota, y no se restaura. En otras palabras, fatiga por compasión es el alto precio de desequilibrio entre cuidar a otros y a sí mismo (Rothschild 2009).

La fatiga por compasión se caracteriza por tres grupos de síntomas iguales a los de trastorno de estrés postraumático:

1. Reexperimentación (revivir, recordar con una gran carga emocional).
2. Evitación y embotamiento psíquico (actitudes de distanciamiento tanto físico como afectivo de las personas, no sólo pacientes).
3. Hiperactivación (estado de tensión, alerta permanente y reactividad).

La fatiga por compasión es un fenómeno frecuente entre las enfermeras oncológicas (Myezyentseva 2014; Rothschild 2009). Esto puede dar lugar a muchas consecuencias, si la comunicación le resulta incómoda al profesional, los pacientes identifican un proceso de “filtraje” de la información que acaba focalizándose o desviándose hacia aspectos técnicos y acaba siendo un contacto emocionalmente

neutro. Esta práctica es vivida como poco útil ya que con ella no manejamos la información prioritaria del afectado y de su red de cuidadores. Si el profesional no se acerca a las emociones y en consecuencia evita o no aborda, ni interviene de forma empática a la demanda, ante la imposibilidad de afrontar la comunicación emocional del afectado, bloquea la emoción distanciándose de ella, para poder evitar una situación que percibe como potencialmente estresante. El resultado de esta interacción paciente-familia-profesional es de vacío, descontento, frustración y desesperanza y dificulta la regulación emocional del paciente (Cunill y Serdà 2011).

A pesar de toda esta exigencia, las enfermeras oncológicas muestran una alta satisfacción según nos recogen los documentos sobre el tema, porque tienen la sensación de tener un trabajo importante, tener tiempo ` para reflexionar y priorizar el cuidado personal, para poder hacer frente a las demandas emocionales, sustentar y aliviar el sufrimiento y ser y estar en importancia como única, para sus pacientes y familias (Martensson, G et al 2010; Northouse, L.L. 2012; Pessin et al. 2015). Es decir en contraposición de la fatiga por compasión consideraríamos la satisfacción por compasión como un importante factor de motivación. Es el sentimiento de plenitud y alegría de ayudar a otra persona (Myezyentseva 2014).

Este cambio de actitud según los estudios se produce durante los primeros dos años de experiencia en Oncología y las enfermeras se

refieren al cambio, como el involucrarse más y adquirir una mayor confianza y más realismo en cuanto a la ayuda y al concepto de curación. El tiempo dedicado al lado de estos pacientes, ha demostrado ser importante en capacitar a las enfermeras en la valoración e identificación de los problemas del paciente y de su red familiar, desarrollar una relación de confianza y planificar unos resultados más reales a conseguir (Martensson, G. et al 2010).

Muchas enfermeras no han recibido formación para esto, estas habilidades las van adquiriendo por experiencia o de manera informal y personal, y porque el profesional lo ha considerado necesario, o bien por el contrario puede ocurrir que la enfermera se centre solo en el cuidado físico y obvie la relación terapéutica, con las consecuencias negativas que supone para el paciente, su familia, y para ella en su forma de vivenciar la profesión (Vivar, Orecilla-Velilla, y Gómara-Arraiza 2009). La enfermera no puede establecer un plan de cuidados adecuado si no conoce la situación del paciente y lo que este opina sobre la misma, solo cuando se consigue un entendimiento mutuo se pueden buscar soluciones en común y conseguir que el proceso sea mucho más efectivo (Subiela Garcia et al. 2014).

Se sabe que las enfermeras después de haber recibido formación al respecto, cambian la confianza y la comunicación con los pacientes, mejorando éstas significativamente y las actitudes hacia el final de la vida y los problemas existencialistas se ven desde otra dimensión

(Henoch, I. et al. 2013). Así, sintiéndose el paciente escuchado, comprendido resulta menos complicado y disminuye la ansiedad al dar malas noticias o al hablar de temas difíciles para ambos (Markides, M. 2011; Remmers, H. 2009).

Los profesionales de la oncología deberían recibir una formación en el conocimiento básico y las habilidades de los cuidados oncológicos y paliativos. Evidencias recientes muestran que a una cuarta parte de los alumnos y enfermeras de oncología no se les enseña los componentes fundamentales de los cuidados paliativos primarios (por ejemplo, la realización de una reunión familiar, manejo de los síntomas, cómo y cuándo se deben referir a finalizar el tratamiento curativo y pasar a los cuidados paliativos etc...). Los esfuerzos educativos deben reforzarse más tempranamente en la educación profesional y centrarse tanto en el conocimiento (por ejemplo, del dolor y medicación) como en habilidades (por ejemplo, la determinación de objetivos para el cuidado) (Kamal, LeBlanc, y Meier 2016). Dos estudios llevados a cabo en diferentes ámbitos (uno en una situación de guerra y otro en un instituto nacional de cáncer) y en distintos países (Israel y Estados Unidos) evaluaron programas de educación para los profesionales intentando evitar la fatiga por compasión. Los participantes recibieron estrategias útiles para manejar el estrés en el trabajo y en casa, y referían que fue beneficioso para ellos. La autorregulación de estas intervenciones formativas ofrece un enfoque para reducir el estrés

durante una amenaza percibida, reduce la reactividad en el lugar de trabajo y hace que la comunicación sea más eficaz. Es esencial tanto para la mejora del funcionamiento profesional, así como para reducir la vulnerabilidad (Berger y Gelkopf 2011; Potter et al. 2013). Y todo ello es necesario en el contexto oncológico donde los pacientes muestran una frecuencia notable de diagnósticos enfermeros que afectan a su vivencia del proceso y que han de ser abordados por la enfermera estableciendo juicios clínicos apropiados (Caldeira, Carvalho, y Vieira 2014; da Silva y Gorini 2012; Roecklein 2012; Kvale, K et al. 2010).

## **CAPITULO 2: IMPACTO DE LA INMERSIÓN DEL ALUMNADO DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO CLÍNICO**

Para los estudiantes los momentos iniciales de la formación práctica son muy duros, sintiéndose vulnerables y en un contexto desconocido que les genera estrés. La realización de las prácticas clínicas es esencial para los estudiantes de Enfermería, puesto que les permite comparar los conocimientos teóricos aprendidos en las aulas con los de la práctica habitual de los centros asistenciales, van adquiriendo habilidades y actitudes propias, necesarias para su futuro profesional. Esta situación les produce una gran confusión porque el entorno sanitario proporciona muchos estímulos generadores de estrés, debido al contacto con las enfermedades, el dolor, el sufrimiento, la muerte de los pacientes, o el hecho de tener que desempeñar un nuevo rol para el que aún no se está completamente preparado. Además los factores sociodemográficos están asociados a los niveles de estrés, por ejemplo, las mujeres presentan más estrés que los hombres, en relación con situaciones emocionales. Influyen también la edad, estado civil, experiencia previa en trabajos de ámbito sanitario y la simultaneidad de estudios con alguna ocupación laboral (Colell Brunet y others 2005; García et al. 2014; Iglesias Parra 2011; F. López y López 2011).

Las rotaciones clínicas suponen un espacio para la construcción de competencias, para la reflexión y para la acción, para el



acompañamiento y para la ayuda, para la solidaridad y para la creatividad. En definitiva, un espacio de privilegio que permite el aprendizaje experiencial, aprendizaje que se produce por la integración de la experiencia tras un periodo de reflexión. Por lo tanto, hay que buscar nuevos planteamientos metodológicos que permitan enfrentarse con éxito a las nuevas situaciones de enseñanza-aprendizaje. (F. López y López 2011).

Cuando los estudiantes de Enfermería se integran en los equipos de prácticas asistenciales, comienzan a identificar la importancia de la interacción de la enfermera con las personas cuidadas, adquiriendo consciencia progresiva de que es una profesión de ayuda, inmersa en un continuo ir y venir de sensaciones, emociones, transacciones personales que implican estrés (Sanjuán Quiles y Ferrer Hernández 2008; F. López y López 2011).

En el campo de la Oncología hay evidencia de que cuando mayor experiencia haya tenido el estudiante de Enfermería con la muerte y la atención al enfermo oncológico, menor es la ansiedad que experimenta (Sanford et al. 2011; Komprood 2013). En un estudio cualitativo sobre experiencias de estudiantes de Enfermería en pacientes con cáncer, se comprobó que la muerte y los moribundos solían ser evitados, por causarles ansiedad, sentimientos de abandono, sensación de incompetencia, conflicto en la toma de decisiones, frustración al no saber cómo intervenir, tristeza y miedo, incluso a pesar de haber

recibido formación en la Universidad. La falta de prácticas clínicas y de apoyo guiado fueron determinantes. Así, los estudiantes que sí habían rotado en sus prácticas clínicas por Oncología comentaron que su interacción con pacientes y familiares fue positiva, aunque siguieron sintiendo frustración por no saber cómo intervenir. La interacción, especialmente con los familiares, fue uno de los hechos más gratificantes y las enfermeras fueron determinantes al mostrarles nuevas dimensiones de la profesión y compartir con ellos sus experiencias con los pacientes oncológicos, ejerciendo sobre ellos un fuerte modelaje. A pesar de lo duro de las situaciones vividas, los estudiantes manifestaron que pasar por una unidad de Oncología supuso una gran experiencia de vida (Sanford, J. et al 2011).

Otro estudio realizado en nuestro país con estudiantes de diferentes cursos, mostró cómo el factor "contacto con el sufrimiento" es el mayor estresante de los estudiantes de Enfermería. También aparecían el "desconocimiento e impotencia ante una situación clínica" y el "riesgo de dañar a otro" como estresores importantes, siendo los alumnos de cursos más avanzados los que mayor estrés perciben (F. López y López 2011).

La comunicación inter-relacional en todos los aspectos le supone a los estudiantes un esfuerzo, un control emocional con ellos mismos y con los demás, así como un mayor trabajo personal debido a que les faltan recursos de aprendizaje, de crecimiento y de madurez personal. El

estudiante no se siente preparado para abordar e interiorizar situaciones estresantes, sufrimiento, dolor, deterioro, muerte, y otros conflictos derivados de ello (García et al. 2014).

En Oncología es fácil que concurran estas circunstancias por la confluencia de muchos de los factores estresantes mencionados anteriormente. La literatura revisada muestra cómo la formación en estas competencias oncológicas en pregrado puede ser eficaz para cambiar el rechazo a estos factores. Se necesitan estrategias educativas innovadoras que incluyan el uso reflexivo de experiencias o el aprendizaje basado en simulación entre otro (Gillan, van der Riet, y Jeong 2014; Komprood, S. 2013; Sanford, J. et al 2011; Baños y Pérez 2005).

La práctica reflexiva es el medio por el que se puede estimular al estudiante para que desarrolle la capacidad de observarse a sí mismos. Es un procedimiento reflexivo en que el estudiante se interroga sobre sus pensamientos o acciones (García et al. 2014; Parra Chacón y Lago de Vergara 2003; Sanjuán Quiles y Martínez Riera 2009; Vázquez 2001; B. Williams et al. 2012). Una búsqueda extensa en la literatura sobre la educación dirigida al cuidado en el final de la vida dentro del plan de estudios de Grado en Enfermería, sugiere que los estudiantes de pregrado están muy poco preparados para proporcionar cuidados al final de la vida de los pacientes moribundos y sus familias. Aunque ha

habido intentos de abordar la cuestión de la falta de preparación, se recomienda que se preste atención urgente y en suficiente profundidad a la incorporación de contenido teórico en combinación con estrategias de enseñanza para promover un pensamiento crítico en relación al cuidar en el final de la vida (Komprood et al 2013).

Los diversos artículos revisados ponen de manifiesto que no sólo es la cantidad de tiempo dedicado en el contenido teórico, que por supuesto es un factor importante, sino también que los modos y las estrategias de ejecución y de enseñanza utilizados son de gran importancia. Curiosamente, la mayor parte de las investigaciones identificadas sobre este tema son de naturaleza cuantitativa y hay una minoría de estudios cualitativos o de método mezclado, esto nos deja un vacío acerca de cómo evalúan este tipo de enseñanzas los alumnos y otra visión de la profundidad de la experiencia de este tipo de aprendizaje. Las conferencias o clases magistrales tradicionales no son suficientes para dar la oportunidad a los estudiantes de examinar sus reacciones personales y sus propias experiencias en relación a los pacientes en el final de la vida, más prometedores son los diversos modos que recientemente han surgido para promover el aprendizaje activo y experimental. El llamado aprendizaje activo es un proceso que requiere la participación activa de los estudiantes y se han incluido estrategias como: visitas a unidades de cuidados paliativos, el uso de medios audiovisuales, escuchar grabaciones de audio; ver películas

seleccionadas sobre la muerte y el morir; el uso del arte; las discusiones grupales; cuestionarios pre y post intervenciones, promoviendo con ello profundizar en el aprendizaje. Aquí también destacan el uso de la simulación como una estrategia innovadora que puede ayudar a preparar a los estudiantes para proporcionar cuidados de calidad en la atención del final de la vida (Gillan, van der Riet, y Jeong 2014; Komprood et al 2013).

## **2.1. LAS ACTITUDES.**

La actitud se puede definir como una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y posiblemente comportamentales. La medición de las actitudes es muy compleja y los autores suelen distinguir varias formas de medidas dependiendo de lo que se quiera inferir. Según Neimeyer (1997), que realizó un exhaustivo estudio sobre las actitudes ante la muerte, las actitudes pueden tener las siguientes funciones sociales y psicológicas: comprensión, satisfacción de las necesidades, defensa del yo y expresión de valores.

Las actitudes orientadas a la comprensión pueden variar cuando los sujetos no tienen una idea clara de un determinado concepto. El conocimiento que se les brinda a través de un programa de educación determinado, les puede llevar a cambiar las actitudes sobre los fenómenos relacionados con la misma. Las actitudes orientadas a las necesidades, pueden cambiar si las actitudes actuales no son útiles o si está claro que optar por una nueva actitud ayudará a alcanzar una meta. Las actitudes de defensa del yo refuerzan factores que alivian la supuesta amenaza o malestar. Las actitudes que expresan valores son difíciles de cambiar porque tienen que ver con las creencias básicas de los sujetos y con el sentido de sí mismos (Neimeyer 1997).

Estas funciones sociales y psicológicas de las actitudes se tendrían que tener en cuenta en el momento de diseñar un programa de educación, ya que dependiendo de los objetivos a alcanzar y a quien vaya dirigido, puede ser que generen más ansiedad o que las defensas del yo impidan interiorizar todo lo relacionado con el impacto emocional del proceso del que se trate.

El cambio de actitudes a partir de la educación es posible, pero también es importante señalar que en el cambio influyen muchos factores y que diseñar un buen programa sobre educación es de gran relevancia si se quiere profundizar y trabajar en la reparación emocional y profesional del futuro profesional enfermero (Colell Brunet et al, 2005).

Una formación adecuada debería fomentar unas actitudes adecuadas, para ello deberemos conocer previamente y posteriormente las actitudes, creencias y emociones de los participantes y analizar con mayor detalle cómo las creencias pueden incidir tanto en las actitudes ante la enfermedad terminal y la muerte, como en la práctica profesional futura (Brunet, García, y Otero 2003). Este primer paso para adecuar o perfeccionar la formación en Enfermería oncológica, podría ser el conocimiento de las propias actitudes y emociones al afrontar momentos difíciles (Bustamante et al. 2013).

Las teorías socio-cognitivas sostienen que la respuesta a estímulos estresantes depende de la evaluación cognitiva realizada por el sujeto.

El estrés es una respuesta compleja cognitiva, fisiológica y conductual, habiéndose comprobado que la respuesta cognitiva es la predominante en los estudiantes de Enfermería (Zupiria Gorostidi et al. 2003). En una revisión sistemática sobre la presencia de estrés traumático en enfermeras en todas las especialidades clínicas, se encontró presente en las enfermeras forenses, enfermeras de urgencias, de Oncología, pediátricas y de cuidados paliativos (Beck, 2011). Se ha comprobado que intervenciones educativas centradas en aspectos existenciales acerca del cuidado de pacientes en situaciones complejas, producen un cambio en la toma de decisiones que se reflejan en sus formas de cuidado de los pacientes gravemente enfermos y moribundos, disminuyendo la sensación de estrés relacionado con el trabajo (Udo et al. 2013).

Otros trabajos han estudiado la fuente de estrés en estudiantes de Enfermería destacando el área interpersonal, contacto con el sufrimiento, otras experiencias clínicas y académicas, es decir hay variedad de enfoques y eficacia (Shirey 2007; Galbraith y Brown 2011; Iglesias Parra 2011; López Alonso 2000; López y López 2011; Thomas, Jack, y Jinks 2012).

La diversidad también puede ser una limitación, la variedad de métodos hace que sea más difícil de hacer comparaciones válidas entre los estudios y excluye la posibilidad de meta-análisis. Lo que sí nos



sugiere la evidencia es que una combinación de intervenciones hace más fiable la mejora del estrés, aumentando el bienestar y rendimiento en el trabajo y que es pertinente e importante la evaluación de estas intervenciones durante la formación. También sugieren que se necesitan más programas dirigidos a los factores de estrés de trabajo o de organización, y estrategias combinadas que influyan sobre los factores biológicos (por ejemplo, la relajación/meditación o ejercicios de respiración) y técnicas psicológicas (por ejemplo, las imágenes, la hipnosis, la sensibilización, la creación musical), para preparar a los individuos a hacer frente a los factores de estrés de distintas características (Galbraith y Brown 2011).

Los documentos revisados nos aportan algunos datos sobre las intervenciones de apoyo para mejorar la capacidad de los estudiantes y educadores de enfermería en el control del estrés y ofrecen bases para futuras investigaciones, destacamos alguno de ellos:

1) La resiliencia es un fenómeno conocido para amortiguar los efectos negativos del estrés, permite a los estudiantes adaptarse con éxito, madurar y prosperar en cualquier situación; también desarrolla una capacidad en ellos de recuperarse de la adversidad, el conflicto, la insuficiencia, o incluso aumentar la positividad y progresar, y tomar una mayor responsabilidad.

2) El aprendizaje basado en problemas es uno de los catalizadores ambientales de la resiliencia, es un enfoque educativo que reta a los

estudiantes a "aprender a aprender" y tiene un impacto positivo en el rendimiento, esta actividad invita a desarrollar la comprensión de un tema a través de la participación en el problema real. El plan de estudios basado en problemas fue diseñado en parte para incrementar y centrar el aprendizaje, aumentar la relevancia clínica de los contenidos del curso y para reducir la angustia de los estudiantes (Galbraith y Brown 2011; Chen y 陳季員2011; Thomas, Jack, y Jinks 2012).

3) Reevaluación cognitiva orientada a revalorizar el pensamiento de mala adaptación. Se hace mucho hincapié en la importancia de la reevaluación cognitiva, fortalecimiento de la percepción de la propia capacidad para hacer frente a las demandas externas, ya que este proceso es el medio de llegar al afrontamiento, suele combinarse con otras técnicas.

4) El entrenamiento de relajación se incluye frecuentemente en todas las intervenciones, como un método para hacer frente a las consecuencias del estrés.

5) Otras técnicas usadas son el feedback, silenciamiento de respuesta, algunas combinaciones de relajación con imágenes, la formación en asertividad, el yoga y caminar. Los resultados de estas intervenciones demostraron mejoras a través de una gama de medidas psicométricas que informaron de actitudes y número de factores de estrés experimentado y mostraron reducciones en la ansiedad y depresión,

disminución del desgaste, y aumento de la autoestima y actitudes frente al estrés (Galbraith y Brown 2011).

Actualmente se tiende a desarrollar programas que hagan puente entre la preparación académica y las exigencias de la práctica clínica. Estos programas se enfocan tanto para enfermeros recién graduados como para estudiantes, el elemento común en todos ellos es la participación de personal de enfermería cualificado, específicamente entrenado y destinados a apoyar y trabajar junto a estos noveles en situaciones de simulación, observándose que este método aporta mejoras estadísticamente significativas en resultados como la confianza, adquisición de competencias, desarrollo de conocimientos y habilidades y satisfacción laboral, y es tanto o más eficaz que otros métodos en la reducción de los niveles de estrés (Edwards et al. 2015). En la literatura se han hecho esfuerzos para evaluar los estresores en estudiantes de Enfermería, y existen diversos instrumentos de medida, tantos como fuentes de estrés en este alumnado. Interesante distinguir que lo que puede producir estrés o ansiedad para unos, puede no serlo para otros y es importante tener en cuenta que algunos estresores son universales, como el contacto con el sufrimiento, por ello nos centraremos en los instrumentos con los que vamos a trabajar en este estudio: la escala de Collet-Lester (EMMCL) para medir el miedo ante la muerte.; para las prácticas, tenemos instrumentos como el cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería

ante las prácticas: KEZKAK; y la toma de decisiones con instrumentos como el cuestionario de necesidad de cierre Cognitivo (NCC).

Respecto al miedo ante la muerte, resaltar, que si importante y necesario es el soporte emocional al enfermo moribundo, tanto lo es la preparación emocional del personal sanitario que esta día a día trabajando al lado de la muerte. En este sentido, es sabido que la vivencia del proceso de morir genera un amplio abanico de actitudes y respuestas emocionales que se han de tener en cuenta en el momento de preparar al personal sanitario, siendo las más frecuentes la ansiedad, el miedo y la depresión (Limonero, 2010; Busquets Duran y Pujol Sabanés 2001).

Los principales temores a nivel personal con la muerte y el morir demostrados son: el deterioro, los últimos momentos, el dolor, la angustia de los familiares y el sufrimiento espiritual. En relación con la experiencia profesional destacan los sentimientos de inseguridad e impotencia, que puede traducirse en una atención inadecuada; por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad al afrontar sus propios miedos ante la muerte (González Cervantes 2015; Busquet Duran y Pujol Sabanés 2001).

Un primer paso en la mejora de la preparación de los profesionales de la salud, en general, y de enfermería, en particular, consistiría en conocer las actitudes y emociones de estos

hacia su propia muerte y hacia la de los demás, sino difícilmente podemos modificar actitudes o prejuicios negativos hacia este tipo de situaciones existenciales, del mismo modo sería interesante analizar con mayor detalle cómo las creencias socioculturales pueden incidir tanto en las actitudes ante las enfermedades vulnerables, como frente a la muerte. A partir de ahí podemos comenzar a realizar intervenciones educativas específicas en aquellos futuros profesionales que ejerzan con enfermos avanzados o en la fase final de la vida, y capacitarlos para desempeñar con mayor eficiencia su labor, ayudándoles a reducir sus propios temores o ansiedad; así, esta capacitación redundará en una mejora de su bienestar personal (R. Colell Brunet y Limonero Garcia 2003 ; Caldeira, Carvalho, y Vieira 2014).

Los cuestionarios para medir la ansiedad ante la muerte deben medir las diversas dimensiones de la actitud ante la muerte. La ansiedad es un concepto multidimensional que puede tener diversas causas, lo que lleva a las personas a reaccionar de forma diferente ante la idea de la muerte como un estado y de la muerte como un proceso. De igual manera, la actitud y las reacciones emocionales pueden diferir cuando se trata de la muerte propia o de la ajena. La versión española de la escala del miedo ante la muerte de Collet-Lester (EMMCL) es una escala multidimensional, presenta buenas propiedades psicométricas, tiene una buena consistencia interna y una aceptable estabilidad

temporal (González Cervantes 2015;; Ramon Colell Brunet y Limonero García 2005: Edo-Gual et al. 2015).

El estrés de los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas es una reacción emocional que los adapta a las situaciones adversas, pero que si sobrepasa un cierto umbral se convierte en un factor de riesgo que les puede afectar a nivel cognitivo, emocional y fisiológico. Siguiendo la pauta aconsejada por la psicología social para conocer creencias y actitudes de una población determinada hay que recoger las ideas directamente de la población a estudio, midiendo algo relativamente estable y que no dependa del estado en que se encuentre el sujeto, ya que los estresores en una población pueden estar presentes en sujetos con distintos grados de ansiedad-rasgo. Por otra parte, aunque los estresores sean generales, los sujetos con mayor tendencia a la ansiedad (ansiedad-rasgo más elevada) percibirán esas situaciones como más estresantes. Todo ello nos indica que debemos medir un único constructo, en el que tratamos de detectar lo que les parece más estresante del trabajo clínico en sus prácticas a los estudiantes de Enfermería.

El cuestionario KEZKAK es útil para conocer los principales estresores de las prácticas clínicas, así como para detectar lo que sigue estresando o deja de estresar a los estudiantes, a medida que adquieren experiencia. KEZKAK selecciona y recoge un conjunto de ítems donde

están mucho más representados los que tienen que ver en la relación con el enfermo, el contacto con el sufrimiento, y con la tarea propia de enfermería, que los que tienen que ver en la relación con otros profesionales o con la organización del trabajo (Zupiria Gorostidi et al. 2003).

Desde un punto de vista pedagógico y de educación para la salud, una retroalimentación de esa información permitirá distinguir entre los estresores que se mitigan y aquellos que se mantienen a lo largo de la vida profesional. Además, los estudiantes sentirán alivio al comprobar que muchas de las cosas que les preocupan son comunes también entre sus compañeros.

La agrupación factorial del KEZKAK permiten detectar aspectos a mejorar o a aceptar en la formación de distintos grupos de alumnos teniendo en cuenta lo que más les estresa. El factor 1 son ítems que tienen que ver con la falta de competencia. Al alumno le parece estresante la posibilidad de no realizar bien su trabajo y las consecuencias que ello puede acarrear tanto para el paciente como para sí. No hay ningún factor que recoja esta idea en cuestionarios sobre estresores laborales en enfermería, en ese sentido sería interesante conocer si este factor va perdiendo peso a lo largo de la carrera, y posteriormente en el ejercicio profesional. El factor 2 aglutina ítems que se refieren a situaciones de contacto con «la muerte

y el sufrimiento. Percibido como un importante estresor por parte de los alumnos y una de las principales fuentes de estrés para las enfermeras hospitalarias en activo. Un área importante en la formación, así como la importancia de desarrollar habilidades y la necesidad de fomentar ámbitos de «asimilación», para poder sobrellevarlo. El factor 3 reúne ítems que tienen que ver con la relación con los tutores y compañeros. Se ha visto en alumnos de enfermería que el 50% de los principales estresores tienen que ver con el área interpersonal y habilidades sociales. El factor 4 tiene que ver con sentir impotencia e incertidumbre, referente al deseo de ayudar a los demás, pero la realidad se encarga de frustrar nuestro deseo haciéndonos sentir estos sentimientos, muy frecuentes en las profesiones de la salud. En ese sentido podrían ser útiles las técnicas de relajación, de inoculación de estrés y de desarrollo de la tolerancia a la frustración. El factor 5 tiene que ver con no controlar la relación con el enfermo, nos encontramos con un factor presente a lo largo de la profesión y que nos sugiere la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación y relación con el enfermo. El factor 6 aglutina ítems relacionados con la implicación emocional, tanto con el paciente como con el trabajo. El temor a sufrir puede llevar al desarrollo de actitudes defensivas que no permiten desarrollar con efectividad la labor de enfermería. En ese sentido es importante desarrollar la habilidad de mantener una «distancia de seguridad» adecuada, y la preparación en



habilidades de relación y comunicación. El factor 7 tiene que ver con no ser bien tratado por el enfermo y resultar dañado en esa relación. El factor 8 se refiere a conductas del paciente que busca una relación íntima con el estudiante. Detrás de la motivación a ayudar se puede encontrar el deseo de reconocimiento (ser aceptado). En este sentido es importante que el profesional conozca con exactitud su rol y desarrolle las habilidades sociales necesarias para llevarlas a cabo con comodidad. Por último, el factor 9 se refiere a situaciones de sobrecarga para el alumno.

Por tanto, el cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería ante las prácticas: KEZKAK , es un cuestionario útil para medir los estresores de los estudiantes de enfermería con respecto a las prácticas clínicas y con una alta consistencia interna y una fiabilidad considerable (Zupiria Gorostidi et al. 2003).

Por otra parte, la toma de decisiones es otro proceso que se ha de ir forjando paulatinamente en el curso de la formación de los futuros profesionales enfermeros, sobre todo en el contexto de las rotaciones clínicas. Se define como toma de decisiones al proceso de elegir entre alternativas de acción, incluyendo como alternativa no escoger nada. El conflicto decisional es un estado de incertidumbre y la dificultad para identificar acerca de cuál curso de acción tomar debido a que las diferentes alternativas ofrecen beneficios y riesgos. La toma de

decisiones implica una serie de pasos consecutivos o etapas interconectadas que dan lugar a una acción o a un resultado y su correspondiente evaluación de resolución de problemas. Las etapas están orientadas a la identificación del problema y análisis de la situación, examinar las alternativas de elección de la alternativa más deseable, ejecución de la decisión y evaluación de los resultados. (Horcajo et al. 2011)

En el contexto oncológico, las enfermeras se encuentran con desafíos éticos complejos en la práctica clínica, donde deben tomar decisiones. Las enfermeras son muy conscientes de sus responsabilidades morales en situaciones éticamente difíciles y necesitan trabajar entornos que favorezcan la colaboración interprofesional y el diálogo abierto (Pavlish et al. 2012; McLennon et al. 2013).

Así, aspectos como prevención del sufrimiento al paciente y la honestidad en la relación con éste emergen como los más identificados por las enfermeras como fuente de conflicto decisional. Las enfermeras suelen experimentar desafíos en este sentido cuando tienen precariedad de competencias, o se encuentran con incertidumbres y obstáculos para decir la verdad, porque desconocen la información del resto de los miembros del equipo y se trabaja en la oscuridad, o la falta de tiempo para dedicarlo a los conflictos familiares y culturales que forman parte del entorno del paciente e influyen de manera

significativa en su estado de salud (Katherine Brown-Saltzman MA et al. 2012; McLennon et al. 2013).

La toma de decisiones ha sido poco analizada en los procesos de enseñanza – aprendizaje y además, no se han considerado habilidades que deben ser enseñadas. El proceso de toma de decisiones está relacionada con el proceso de atención de Enfermería, por lo tanto debe comenzar desde la etapa universitaria el promover un mayor desarrollo de habilidades y destrezas que permitan a las enfermeras enfrentarse a decisiones complejas (Huarache y Haydeé 2012).

La selección de este curso de acción entre las alternativas posibles resulta fundamental en el desarrollo personal del estudiante lo cual repercutirá en su formación profesional, les permitirá decidir acertadamente métodos, procedimientos y acciones específicas en beneficio de la persona y su entorno. Ingredientes básicos para tomar decisiones son: información, conocimientos, experiencia, y juicio. Es necesario juicio para combinar la información, los conocimientos la experiencia y el análisis con el fin de seleccionar el curso de acción apropiada. Cuando una persona es capaz de decidir sobre un aspecto determinado de su entorno o de su vida, su autoestima crece hasta proporcionarle una mayor seguridad acerca de su competencia. Esta sensación de ser competente repercute a la vez en tener confianza mayor para realizar numerosas tareas que de otra manera la persona

no se atrevería a realizar. Se ha desarrollado el concepto de necesidad de cierre Cognitivo (NCC) para describir la motivación de las personas por buscar y mantener una respuesta definitiva ante un problema determinado. Este cierre mental permite evitar la confusión, la ambigüedad y la incertidumbre. Esta necesidad tiene una serie de implicaciones importantes tanto para el procesamiento de la información como para el juicio y la conducta social de las personas. De hecho, la NCC influye en fenómenos tan diversos como la generación de hipótesis, la empatía o el liderazgo (Horcajo et al. 2011). Según Kruglanski y Fishman (2009), la NCC juega un papel importante en multitud de procesos de diferente naturaleza, incluyendo: Fenómenos intra-personales (mayor NCC = mayor confianza en sus decisiones y juicios), fenómenos interpersonales (mayor NCC = menor empatía), fenómenos intra-grupales (mayor NCC = una mayor tendencia a rechazar las opiniones discrepantes dentro del grupo, menor tendencia a producir ideas y elaboran dichas ideas menos profundamente, resultando grupos menos creativos). Fenómenos endo-grupales (a mayor NCC se prefieren grupos con límites o fronteras claros; pero solo cuando los grupos son percibidos como homogéneos, sugiriendo una mayor probabilidad de consenso grupal). Tienden a mostrar más atracción hacia los miembros de sus propios grupos y más rechazo hacia los miembros de otros grupos (Horcajo et al. 2011; Djikic, Oatley, y Moldoveanu 2013).

Dada la importancia de este constructo psicológico, existen varios instrumentos diseñados específicamente para su medición. El test de necesidades de cierre cognitivo (NCC) de Webster y Kruglanski fue creado en 1994 y contenía 42 ítems posteriormente se han desarrollado varias modificaciones en la medición de la NCC con tres objetivos fundamentales: mejorar la validez factorial de las puntuaciones en términos de unidimensionalidad, reducir la extensión del test y, finalmente, explicitar la medida de la NCC en términos de tendencia de urgencia y tendencia de permanencia. Revisado en 2005 por A. Pierro y A. Kruglanski, se simplifica la concepción del constructo, el Test Revisado (TR-NCC) queda reducido a 14 ítems, la principal novedad es que los ítems se han diseñado para medir explícitamente las dos tendencias promovidas por la NCC: la tendencia de urgencia y la tendencia de permanencia. La tendencia de urgencia se refiere a la predisposición a buscar una respuesta inmediata ante un problema o incertidumbre. Por otro lado, la tendencia de permanencia se refiere al deseo de mantener y perpetuar dicho cierre cognitivo, dando lugar a una predisposición tanto a preservar dicho cierre, como a evitar considerar nueva información que pueda cuestionar el cierre cognitivo obtenido. En definitiva, ambas tendencias se apoyan en la idea de que las personas con una mayor NCC experimentan como algo aversivo la ausencia de una respuesta clara y duradera ante situaciones de

incertidumbre, y ambas contribuyen a eliminar ese malestar mediante un cierre cognitivo rápido y permanente (Horcajo et al. 2011).

En este trabajo se usa la versión adaptada al castellano de la nueva versión revisada del Test de NCC (TR-NCC), proporcionando un instrumento para medir la NCC en esta lengua. Se eligió adaptar al castellano este instrumento para la medición de la NCC, principalmente, por su refinado planteamiento conceptual y metodológico, así como por su breve extensión y su fácil aplicación e interpretación. El instrumento ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en términos de fiabilidad y validez y permite medir de forma sencilla, explícita, válida y precisa las diferencias individuales en necesidad de cierre cognitivo (Horcajo et al. 2011; Djikic, Oatley, y Moldoveanu 2013).

## **CAPITULO 3. APRENDER A APRENDER A TRAVES DE LA REFLEXION**

Formarse es reflexionar sobre la propia práctica para mejorarla  
(S. de la Torre)

### **3.1. ENFERMERÍA Y PENSAMIENTO CRÍTICO.**

Aunque no hay una única definición de competencia, sobre todo por la abundancia de términos relacionados y subrogados en torno a competencia, como habilidad, capacidad, aptitud, etc. Generalmente, ésta suele asociarse a pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto importante. Si compleja es su definición, más lo es la experiencia de evaluación de competencias tanto para el preceptor o tutor como para el alumno, así lo refieren las publicaciones consultadas, y proponen que se requiere una amplia gama de soportes prácticos y educativos. En enfermería, los cambios habidos en la formación no han ayudado, afectando la preparación para las competencias adecuadas a esta profesión, por ello es importante saber qué modelo de enfermeras queremos para el futuro y tomar medidas para ello, que se lleven a cabo de forma regulada y estructurada para conseguir producir enfermeras con las competencias adecuadas que supongan un máximo de seguridad potencial tanto para el paciente como para la propia enfermera. Actualmente las instituciones de ciencias de la salud han establecido criterios e indicadores para las competencias o dominios de lo que se

espera que el estudiante conozca y sea capaz de hacer después de un período de exposición a la práctica clínica. Se necesita más investigación para determinar los mejores métodos de evaluación de las diferentes facetas de la competencia enfermera, una mayor implicación sobre la responsabilidad respecto a la definición e identificación de la competencia en enfermería (Katherine Brown-Saltzman MA et al. 2012; Bradshaw y Merriman 2008; Smith 2012).

Una de las definiciones más aceptadas de la competencia en los profesionales sanitarios es la proporcionada por Epstein en 2002: Uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria en beneficio de las personas y comunidades atendidas. Además, es inherente al concepto de competencia, su carácter evolutivo y contexto-dependiente (Epstein y Hundert 2002).

En la literatura, se han identificado algunos elementos conceptuales integrantes de la competencia enfermera, incluyen las motivaciones personales y externas. Los atributos abarcan los conocimientos en la práctica, la experiencia, el pensamiento crítico, habilidades de dominio, el cuidado, la comunicación, el medio ambiente, la motivación y el profesionalismo. Las consecuencias refieren la confianza, la práctica segura y atención integral (Smith 2012).



Entre estos atributos, el pensamiento crítico es una de las habilidades cognitivas más importantes, consiste en interpretar, analizar, evaluar, inferir, explicar y auto-regular.(N. C. Facione y Facione 1996)

Interpretar significa comprender y expresar el significado o la relevancia de una amplia variedad de experiencias, situaciones, datos, eventos, juicios, convenciones, creencias, reglas, procedimientos o criterios. La interpretación incluye las sub-habilidades de categorización, decodificación de significado y aclaración del sentido. El análisis consiste en identificar las relaciones de interferencia real y supuesta entre enunciados, preguntas, conceptos, descripciones u otras formas de representación que tiene el propósito de expresar, creencia, juicio, experiencias, razones, información u opiniones. La evaluación se define como la valoración de la credibilidad de los enunciados o de otras representaciones que recuentan o describen la percepción, experiencia, situación, juicio, creencia u opinión de una persona; y la valoración de la fortaleza lógica de las relaciones de inferencia, reales o supuestas, entre enunciados, descripciones, preguntas u otras formas de representación. Juzgar si la conclusión de un argumento sigue con certeza o con un alto grado de confianza sus premisas, si un argumento dado es pertinente o aplicable o tiene implicaciones para la situación en cuestión. La inferencia significa identificar y asegurar los elementos necesarios para sacar conclusiones razonables, formular conjeturas e hipótesis, considerar la información

pertinente y sacar las consecuencias que se desprendan de los datos. Como habilidades de interferencia, se incluyen cuestionar la evidencia, proponer alternativas, y sacar conclusiones.

Además de la capacidad de interpretar, analizar, evaluar e inferir, los buenos pensadores críticos pueden hacer dos cosas más. Explicar qué piensan y cómo llegaron a esa decisión además de auto-aplicarse su capacidad de pensamiento crítico para mejorar sus opiniones previas. Estas dos habilidades se denominan explicación y autorregulación. Se ha demostrado que las habilidades de pensamiento crítico se pueden aprender (P. Facione 2007).

El mundo de los cuidados, implica una creciente complejidad que cada vez exige más estrategias para afrontarlo con éxito y, por ello, las enfermeras necesitan desarrollar habilidades de reflexión y de pensamiento crítico altamente eficaces. Es necesario que las enfermeras sean capaces de pensar críticamente a fin de utilizar los conocimientos y juicios de expertos en la prestación de cuidados del paciente, la práctica enfermera a menudo se centra en la capacidad de desarrollar habilidades de pensamiento crítico para la toma de decisiones y resolución de problemas o “pensar en la acción” (Williams 2012).

Fowler define el pensamiento crítico en Enfermería como la capacidad de usar el conocimiento, las experiencias previas, el juicio, el

razonamiento y el análisis de forma consistente para proveer cuidados enfermeros individualizados y efectivos (Fowler 1998). Esta función cognitiva de nivel superior es la que permite a las enfermeras anticiparse, responder y adaptarse a los cambios en las condiciones del paciente, priorizar cuidados y organizar la atención en presencia de presión asistencial (Potter et al. 2005).

La importancia de este concepto en Enfermería ha llevado a desarrollar incluso múltiples instrumentos para evaluar su desarrollo en estudiantes de Enfermería, como el California CT Disposition Inventory, el California CT Skills Test, (P. A. Facione y Facione 1992) el Watson–Glaser CT Appraisal (Watson 1980) y el Health Services Reasoning Test, («Facione PA, Facione NC, Winterhalter K. 2010) el Critical Thinking Disposition Scale for Nursing Students, (Park y Kim 2009) el Critical Thinking Process Test, (Anderson et al. 2000) o el Critical Thinking Scale McMaster, (Tseng et al. 2011) aunque existe una gran heterogeneidad entre instrumentos y sus resultados de validez y fiabilidad necesitan aún más investigación (Carter, Creedy, y Sidebotham 2015).

Hay que crear buenos profesionales desde el principio y esto no puede dejarse en manos de la improvisación. Es evidente que la capacidad analítica y sintética, su aplicación a la resolución de problemas y la consecuente toma de decisiones forman parte de las actividades diarias

de la enfermera. A ella debe añadirse la presencia de un razonamiento crítico que permita que tales profesionales no funcionen como una automática correa de transmisión de órdenes superiores, sino como expertos que deciden en función de la aplicación de principios racionales a situaciones específicas. Tales características deberían de ser estimuladas al máximo durante la formación (Baños y Pérez 2005).

Pasar de la capacidad a la competencia experta y de ésta a la innovación, implica que las enfermeras reflexionen críticamente sobre sus prácticas individuales y colectivas en cada uno de los contextos sociales. La excelencia de los cuidados precisa además de marcos de referencia profesionales con voluntad de implicarse de valores y de poder para llevar a término los cambios. La competencia del profesional no es solo un asunto de inteligencia, toda su personalidad y la ética del profesional entran en juego (F. López y López 2011).

Todo proceso formativo a la práctica del cuidar tiene como objetivo ayudar, respetando las trayectorias personales, a los profesionales o futuros profesionales, y a ser cada vez más capaces de pensar la acción desde una perspectiva del cuidar. Un comportamiento que no debe reducirse a realizar actos o tareas , sino que trata de pensar dentro de un espacio humano determinado, en lo que sería una acción eficaz y apropiada, portadora de sentido y respuesta con las personas. En la sociedad actual, en constantes cambios culturales en los modos

y formas de abordar los procesos de salud, convertirse en un profesional que prodiga cuidados implica responder a las necesidades particulares de una persona, su familia y de su entorno. No es tarea fácil, porque no es la técnica que se emplee el centro de atención, sino la necesidad que tienen de ella los seres humanos. Finalmente el aprendizaje a lo largo de la vida es el que da sentido a la continuidad profesional, desarrollando nuevas formas de aprender a estar y ser enfermera, porque al interactuar constantemente con las personas a las que se cuida, cada vez que se hace uso de un conocimiento en un contexto junto a una persona que es única, el conocimiento se reaprende y la competencia profesional y las capacidades del individuo aumentan (Sanjuán Quiles et al. 2011).

En los procesos de formación del grado hay que garantizar una buena capacitación para una reflexión en la acción desde una perspectiva clínica y de acompañamiento, y una buena interacción entre la teoría y la práctica. El estudiante debería tener al menos como base disposiciones fundamentales como: ser un comunicador eficaz, ser capaz de identificar, seleccionar, interrelacionar, jugar con las ideas, construir una reflexión, considerar los hechos y analizarlos, resolver problemas, interaccionar con los demás, diagnosticar problemas sobre la base de una respuesta humana, tomar decisiones autónomas, comprender las relaciones del individuo con su entorno, comprender el mundo contemporáneo en el que vivimos, la adquisición de

competencias de prevención/promoción de la salud, clínico asistencial, inserción social y también en el apoyo a la muerte. La práctica es un espacio de privilegio que permite el aprendizaje experiencial, aprendizaje que se produce por la integración de la experiencia tras un periodo de reflexión, mediante el estudio de problemas reales, usando su juicio, conocimiento y sus competencias tácitas, encontrar vías de interpretación adaptadas. No aprendemos si no reflexionamos antes, durante y después de la acción y no afrontamos si no interiorizamos la experiencia vivida (B. Williams et al. 2012; Sanjuán Quiles y Martínez Riera 2009).

Hay que conseguir inyectarle al estudiante o futuro profesional de Enfermería, en su periodo teórico formativo, una actitud de búsqueda y explicación constante del porqué de lo que hace, de su autonomía como profesional y lo importante de su toma de decisiones, su autoridad e igualdad dentro del equipo interdisciplinar, hacer de ellos ciudadanos bien informados y profundamente motivados, provistos de un sentido crítico y capaces de analizar los problemas, buscar soluciones, aplicar éstas y asumir responsabilidades sociales. Para alcanzar estos objetivos, puede ser necesario reformular, utilizar nuevos y adecuados métodos, facilitar el acceso a nuevos planteamientos pedagógicos y didácticos y fomentarlos para propiciar la adquisición de conocimientos prácticos, competencias y aptitudes para la comunicación, el análisis creativo y crítico, la reflexión

independiente y el trabajo en equipo (Parra Chacón y Lago de Vergara 2003).

La práctica reflexiva es el medio en el cual se formarán los profesionales competentes. Un profesional es competente, en la medida en que utiliza los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz, en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica. El concepto de competencia se centra en la idea de que el estudiante presente un comportamiento profesional integrado, combinando todo lo que sabe y siendo capaz de utilizarlo en situaciones diversas y complejas de la práctica (Porrás et. al., 2012 ; González Hernando et al 2015).

La fluidez cognitiva, la flexibilidad, y la elaboración, son las habilidades de pensamiento importantes para identificar posibles datos, recopilarlos y denominar diagnósticos a considerar. Son dimensiones de la inteligencia necesarias para desenvolverse en la práctica de Enfermería. Estas y otras habilidades de pensamiento se pueden mejorar a través de la meta-cognición, es decir, pensar sobre el pensamiento, el aumento del esfuerzo, y otras estrategias. La inteligencia puede crecer y mejorar continuamente. La inteligencia desarrolla una interacción del mundo interno y el mundo externo, y ello da lugar a las experiencias. El mundo interno del individuo consiste en

meta-componentes: componentes de adquisición de conocimientos y los componentes de rendimiento. En cuanto a los primeros, son procesos de pensamiento para obtener información para la resolución de problemas. Por otra parte, los componentes de rendimiento son procesos utilizados para resolver problemas pensando. El mundo externo del individuo consiste en ambientes en el hogar, el trabajo, el juego, y así sucesivamente. El mundo interno interactúa con el mundo exterior a través de la experiencia. Con mayor experiencia, las personas desarrollan la facilidad en la planificación para la realización de tareas y gastos de interacciones complejas (Andreou, Papastavrou, y Merkouris 2014; Lunney 2003; Chan 2013; Anderson et al. 2000; Prado 2016).

La experiencia de pensar en situaciones en la práctica de Enfermería se puede desarrollar aún más por pensar sobre el pensamiento y haciendo esfuerzos para desarrollar habilidades de pensamiento. Un mejor uso del pensamiento crítico permite a las enfermeras evaluar mejor la relevancia de las señales, características y datos, reconocer la relación entre las características y los diagnósticos posibles, considerar un mayor número de diagnósticos posibles, y tomar decisiones con respecto a qué diagnósticos están mejor apoyados por los datos (Lunney 2003; B. Williams et al. 2012).



### **3.2. DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y PENSAMIENTO CRÍTICO.**

No hay enfermedades, sino enfermos.  
Freud, Krehl y Von Bergman,

Un corazón quebrado tiene un sangrado invisible.  
El shock inicial nos enmudece, y luego seguimos en silencio, porque  
tampoco sabemos cómo tratar con lo que nos desorienta.  
Callista Roy

Precisión debe ser un objetivo fundamental del proceso de diagnóstico, ya que los diagnósticos son juicios clínicos probabilísticos y como tal, siempre están en riesgo de ser inexactos. Una de las formas en que las enfermeras pueden lograr mayores tasas de exactitud es mejorar el uso del pensamiento crítico en el proceso de razonamiento diagnóstico. El desarrollo de capacidades de pensamiento crítico para la precisión diagnóstica es importante porque: (1) la interpretación precisa de los datos del paciente, es una tarea difícil, requiere altos niveles de habilidades e inteligencia pensando; (2) las habilidades de pensamiento de las enfermeras, como otros adultos, varían de mayor a menor y se pueden mejorar; y (3) el uso óptimo de las capacidades del pensamiento crítico apoya la validez de los diagnósticos realizados a partir de datos (Lunney 2003).

La interpretación de los datos del paciente es un reto porque los signos y síntomas de los diagnósticos de Enfermería se solapan unos con otros; esta superposición puede conducir fácilmente a errores de diagnóstico y siendo estos la base para las intervenciones de

Enfermería, los errores pueden conducirnos a resultados no deseados en los pacientes.

No olvidemos que las respuestas de los seres humanos son complejas y únicas, además están influenciadas por muchas variables. La precisión diagnóstica requiere una valoración que incluya una recogida de datos reflexiva, incluyendo una entrevista clínica centrada en la persona, validando siempre los datos recogidos, ya que los pacientes son la mejor fuente de producción de datos y los que pueden ofrecernos la más fiel interpretación de los mismos, para ello recurrimos a la escucha terapéutica, que hace posible que las personas expresen lo que están sintiendo (Brito, Álvaro, y Rosell 2012; De la Revilla 2006; Favretto y de Carvalho 2008; Giménez Maroto y Serrano Gallardo 2008).

Las distintas estrategias educativas que se han probado en la educación pregrado en Enfermería para favorecer el razonamiento diagnóstico ofrecen resultados confusos, probablemente porque los métodos usados por educadores para desarrollar el juicio y la toma de decisiones son muchos y variados. Las búsquedas en las publicaciones sugieren que los resultados son dificultosos de obtener debido a la gama de intervenciones (NICs) y métodos de evaluación (NOCs) empleados, accesos educativos y períodos de continuación variados, también lo complica el encontrarnos con intervenciones mal

relatadas. Las intervenciones educativas son a menudo 'complejas', en el sentido de que el mecanismo exacto causal es desconocido, no hay nada intrínsecamente único sobre intervenciones complejas en la profesión y educación de enfermería. Se requieren más comparaciones de estudios randomizados con accesos a las decisiones tomadas. En una revisión que examina reuniones educativas como medio de cambio del comportamiento del clínico, encontramos que la educación solo no era un mecanismo suficiente para cambiar comportamientos complejos. Otros estudios centrados en la experiencia en los profesionales enfermeros encontró que el funcionamiento experto y habilidades de juicio no eran fáciles de manejar debido a la variedad del cuidar. (Thompson y Stapley 2011). También en otras se cita que no se observa una correlación significativa entre el establecimiento de un diagnóstico correcto y los años de experiencia de enfermeras involucradas. Tal vez porque las enfermeras con experiencia siguen poniendo mayor interés en las terapias biomédicas y de tratamientos a los que tiene que atender y que les ocupa parte de su tiempo y dan menor importancia en reflexionar y atender a los diagnósticos de enfermería. (Yeo et al. 2011). El contexto que rodea una decisión es un determinante importante de la información y la síntesis que la acompaña, sin embargo, la atención a la naturaleza y a la estructura de la decisión y tareas de juicio son raras veces evaluadas. La falta de detalle asociado sobre las intervenciones hace la réplica y la puesta en

práctica de estudios casi imposibles, por eso es imperativo que los componentes de intervenciones educativas sean documentados con el detalle suficiente (Thompson y Stapley 2011).

En Oncología los diagnósticos enfermeros contribuyen a una práctica clínica más sustentada en el pensamiento crítico, nos permiten ampliar la mirada integral, incorporando todas las dimensiones de la persona, imprescindibles para un cuidado excelente en pacientes oncológicos. Como ya se ha mencionado anteriormente, una proporción significativa de pacientes con cáncer y su familia, en cualquier estadio de la enfermedad sufrirán un importante impacto emocional y psicológico y/o de naturaleza espiritual, la captación que permita orientar la práctica a resultados y planificar intervenciones a partir de un proceso reflexivo y deliberativo sobre estos dominios puede interferir con la capacidad de hacer frente con eficacia a su situación (Fajardo Duarte, Huertas, y otros 2014) De ahí que las estrategias desarrolladas por las enfermeras oncológicas para influir sobre el afrontamiento de los pacientes y sus familiares sean una pieza esencial del proceso oncológico (Chen, Pei ying 2012 ; Baker et al 2013).

Algunos estudios indican las dificultades de las enfermeras oncológicas para la identificación de los problemas psicosociales, están muchas veces relacionadas con déficits formativos en estas áreas, o bien por las elevadas cargas de trabajo que impiden una atención debidamente

centrada en la persona, incluso artículos que reflejan otros motivos como la falta de implicación emocional que requiere este abordaje, o el hecho de tener que abandonar el refugio de lo biomédico para adentrarse en la incertidumbre de lo subjetivo (Brito, Álvaro, y Rosell 2012; De la Revilla 2006).

La Taxonomía Diagnóstica NANDA en su propia estructura aglomera diagnósticos enfermeros frente a problemas de colaboración y diagnósticos cuyos dominios llevan implícita las respuestas multidimensionales de la persona, y, por tanto, su uso implica adquirir esta visión por parte de las enfermeras.

Dominios como la percepción/cognición, es decir sistema del procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Dominio de auto-percepción, conciencia del propio ser, de la valía personal. Dominio de rol y relaciones, conexiones y asociaciones positivas y negativas entre personas o grupos de personas y los medios por lo que se demuestran tales conexiones.

Dominio de afrontamiento /tolerancia al estrés, formas de hacer frente a los acontecimientos/ procesos vitales.

Dominio de principios vitales, principios que subyacen en las reacciones, pensamientos y conductas sobre los actos costumbres o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínsecos.

Dominio de confort, sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Son una muestra de esta estructura orientada a la integralidad de la persona, en las que las enfermeras están en una posición competencial de seleccionar la etiqueta diagnóstica (NANDA) correcta, así como los objetivos (NOCs) e intervenciones (NICs) a conseguir.

Actualmente los modelos innovadores en oncología exigen a estos profesionales aumentar sus conocimientos y habilidades relacionadas tanto con la oncología como con todo lo que rodea a esta dolencia, por lo tanto no solo centrada en los cuidados físicos o de colaboración, sino centrados en el encuentro interpersonal y global que abarca al individuo, la familia, el entorno y la comunidad, un papel muy significativo en la seguridad del paciente, la calidad del cuidado, mejora del nivel de adaptación, y la dignidad en el morir, para ello es imprescindible una implicación y el uso del pensamiento crítico en la toma de decisiones y juicio diagnóstico, con metodología planificada, detallada y evaluada (Gallegos-Alvarado 2008; Van Cleave, Smith-Howell, y Naylor 2016; Mason et al. 2015; Waddell et al. 2016).

### 3.3. LA INNOVACIÓN DOCENTE

"Lo que importa no es lo que se dice que se hace, sino lo que verdaderamente se hace; el significado real del currículum no es el plan ordenado, secuenciado, en el que se plasman las intenciones, los objetivos concretos, los tópicos, las habilidades, valores, etc., que decimos han de aprender los alumnos, sino la práctica real que determina la experiencia de aprendizaje de los mismos"

Gimeno Sacristán y Pérez Gómez, 1992

La innovación educativa es una de las estrategias relevantes para avanzar hacia la excelencia en la docencia, el docente es un mediador cuya misión es potenciar las capacidades de los estudiantes, su papel esencial en la instrucción es suministrar al alumnado múltiples bases de conocimiento, oportunidades de aprendizaje, recursos humanos y materiales, y perspectivas diferentes de un mismo tema, además, debe ayudar a los estudiantes a aprender contenidos y habilidades estratégicas, modelando el pensamiento y los procesos de aprendizaje; y también, activar el conocimiento previo del estudiante y ayudarle a movilizar sus fuerzas y habilidades.

La necesidad de adquirir y desarrollar una serie de habilidades individuales por encima, incluso, de la reproducción básica de conocimientos, se refiere a competencias que ponen de relieve destrezas prácticas y cognitivas, habilidades innovadoras y recursos de naturaleza psicosocial, al objeto de que los individuos sean capaces de pensar por sí mismos y de asumir la responsabilidad sobre su aprendizaje y sus actos de la vida diaria (Burón et al. 2012).

Es decir vamos caminando hacia un nuevo estilo de ser docente universitario, del profesor trasmisor de conocimientos al profesor tutor,

orientador y generador de aprendizajes competenciales. Esta revolución didáctica con uso de nuevas metodologías de enseñanza y aprendizaje mucho más reflexivas conllevan tanto a profesores como a alumnos a nuevos métodos de transmitir y/o adquirir o estar dispuesto a aprender conocimientos.

Son momentos de importantes cambios en la propia concepción didáctica, metodológica y organizativa de la Enseñanza Superior que afectan de lleno al proceso de enseñanza y aprendizaje y se proyectan hacia una formación más autónoma, flexible e integral de los estudiantes, esta dimensión otorga un nuevo concepto de estudiante que, a partir de este momento, deberá preocuparse por aprender a aprender, por adaptarse al cambio, por transformar la realidad mejorable, por gestionar su conocimiento y convertirse en un agente de aprendizaje significativo y autónomo.

Esta nueva forma de aprender de los estudiantes, a través de la adquisición y desarrollo de competencias en y para la acción, deberá caracterizarse por un saber disponer de conocimientos científicos, por un saber actuar en la acción, responder con calidad y efectividad, de forma autónoma y creativa, a cada circunstancia que se le presente, por un saber contextualizar las acciones, responder a las tareas que demanda su profesión y dar solución a los problemas emergentes en contextos diferentes.



El profesor deberá asentar en una planificación didáctica innovadora y facilitadora de una serie de competencias orientadas por él en cada una de sus propuestas de enseñanza en la acción. De un nuevo diseño curricular y de una y por un saber actuar con vistas a una finalidad: orientar a los estudiantes en la organización de su trabajo y guiarles en su formación e inserción profesional (Cano González 2009).

En el campo de la formación enfermera, es preciso que los educadores diseñen experiencias educativas que se ocupen de enseñar habilidades de síntesis de los conocimientos adquiridos, para favorecer el juicio clínico y la toma de decisiones y el desarrollo de actitudes difíciles de transmitir solo con los métodos tradicionales (Oh, Kang, y De Gagne 2012).

Queda claro que el dolor, los conflictos y la interacción con los pacientes son aspectos que afectan el actuar profesional, y son por tanto altamente relevantes en la manera en que se ejerce el cuidado de las personas, cuestión que no es viable de reproducir en el aula.

Algunos ámbitos del desempeño profesional de Enfermería son imposibles de resolver de manera netamente técnica, es decir, siguiendo patrones generales, modelos teóricos o indicaciones abstractas recibidas en el aula. Estos aspectos podrían encontrarse en terrenos bajos y pantanosos del conocimiento profesional, donde las situaciones son mucho más complejas, únicas, inciertas, ambiguas y

saturadas de conflictos de valores que lo que la aséptica mirada técnica suele mostrar.

Esto significa que existen aspectos del desempeño profesional de Enfermería que los estudiantes no pueden aprender en un aula de clase, sino que requieren experimentarlos directamente en la práctica. Los docentes en Enfermería reconocen la formación en el aula como un espacio para conocer la teoría que luego será reconstruida en la práctica. En tal sentido las experiencias clínicas no son entendidas como una ocasión para aplicar linealmente lo aprendido en el aula, sino más bien son una oportunidad de crear nuevo conocimiento respecto a cómo actuar en contextos o cómo desempeñarse profesionalmente en la vida real, lo cual en ningún caso es posible de aprender en el aula: "La nuestra es una profesión donde impera la práctica. El alumno ha de ver que todo aquello que aprende en el aula tiene su aplicación en la vida real y debe matizar la teoría con la experiencia de los profesionales (Castillo Parra 2014). Bajo estos supuestos resulta evidente que el dominio de estrategias didácticas variadas y la posesión de recursos tanto materiales como formales son determinantes del éxito y de la calidad docente (Bettancourt et al. 2011).

## **CAPITULO 4. EL APRENDIZAJE A TRAVÉS DEL CINE**

### **4.1. EL CINE: ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE.**

"Las creencias, las intenciones y la imaginación del hombre son tan historia como la propia historia"  
Marc Ferró

El grado en que un sujeto puede utilizar sus conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio asociados a su profesión, para resolver adecuadamente las situaciones de su ejercicio, es un proceso gradual, en el que junto con la experiencia, el entrenamiento le llevarán a conseguir un rendimiento óptimo. Así, el entrenamiento sitúa el conocimiento en un contexto vivo y utiliza el contraste y confrontación en términos razonables sobre un mismo hecho, favoreciendo la posibilidad de una comprensión profunda, a través de la metacognición (maneras de aprender a razonar sobre el propio pensamiento) (Cappelletti, Sabelli, y Tenutto 2008).

Una de las formas de entrenamiento que más se ha desarrollado en la formación de profesionales sanitarios en los últimos tiempos ha sido la simulación. Según la definición del Center for Medical Simulation (Cambridge, Massachussets), la simulación es una situación o un escenario creado para permitir que las personas experimenten la representación de un acontecimiento real con la finalidad de practicar, aprender, evaluar, probar o adquirir conocimientos de sistemas o actuaciones humanas.

La simulación maximiza la capacidad de liberar la tensión en situaciones difíciles, agiliza el situarse rápidamente ante el hecho de lo que está ocurriendo, la toma de decisiones y posibles resultados, además de contribuir a desarrollar el trabajo en equipo y la comprensión de la comunicación no verbal (Halamek 2010).

Se debe utilizar de forma correcta, sin exagerar la realidad, ya que lo que se pretende es ampliar y/o sustituir las experiencias reales, por experiencias dirigidas que reproduzcan los aspectos sustanciales, importantes y trascendentes de una situación real que puede ser cotidiana o, por el contrario, exótica y poco frecuente pero no por esto irreal (de la Horra Gutiérrez 2010). Precisamente, es así como se adquieren las competencias, movilizando los recursos cognitivos frente a una situación y eso además nos permite dar respuesta a una familia de situaciones análogas (Cappelletti, Sabelli, y Tenuttto 2008).

En este sentido las técnicas audiovisuales constituyen un recurso didáctico aplicable al enfoque de simulación, por su capacidad de difusión de conocimientos, de desarrollo de aptitudes y de creación de actitudes entre las generaciones más jóvenes, con una alta receptividad hacia los mensajes en formato de imagen.

Las imágenes se pueden convertir en elementos motivacionales si consiguen despertar el interés del alumno por adquirir nuevos aprendizajes, al tiempo que permiten acelerar el proceso de

enseñanza-aprendizaje, ya que trasladar al aula experiencias reales ejerce una influencia positiva en la retención y comprensión de lo aprendido (Dermi 2012).

En el caso de este estudio, la elección del material audiovisual ha sido el cine, como exponente de manifestación artística más completa para ser utilizada como recurso y estrategia de aprendizaje en el campo de la salud. Debido a las diversas formas que tiene de plasmar una enfermedad, permite el aprendizaje no sólo de la enfermedad, sino sobre todo, de “personas enfermas” y de los contextos vivenciales que las rodean y de cómo ambos se influyen formando una compleja red, de la que nosotros también somos protagonistas (Oh, Kang, y De Gagne 2012; Icart Isern et al. 2008; Gregerson 2013; Klemenc-Ketis y Kersnik 2011; González de Dios, Tasso Cereceda, y Ogando Díaz 2012).

Cabe atribuirle al cine desde el punto de vista de la educación tres funciones esenciales (González de Dios 2010):

- 1) Función *experiencial*, pues amplía nuestro mundo y otros puntos de vista, ensanchando nuestra experiencia;
- 2) Función *ilustrativa-pedagógica*, ya que ilustra un determinado problema o pone de relieve un conflicto,

3) Función *constructiva –deliberativa*, pues contribuye al desarrollo de la autonomía, la crítica y la reflexión en busca de una toma de decisiones responsable y prudente.

De este modo la función lúdica de ver una película puede convertirse en un proceso de transformación si se introduce de forma adecuada. Hay que ser cautos al elegir las películas, teniendo en cuenta la relevancia de la película o del fragmento seleccionado con el tema a abordar en el aula, ya que si no, puede haber un efecto distractor en el alumnado y un desenfoque del objetivo perseguido. Es fundamental por lo tanto el papel del equipo docente, que actuará como mediador y transformador de la ficción en códigos de aprendizaje, teniendo en cuenta las metas, objetivos y resultados. Estas decisiones, condicionarán el rango de elección de películas y si se visionan completas o por fragmentos determinados. Además, en la medida de lo posible, los fragmentos o películas planificadas deben ser ordenadas y coherentes y reflejar situaciones y puntos de vista diferentes, que permitan ampliar la visión (Cardoso y Artime 2013; Darbyshire y Baker 2011; González de Dios 2010; Fox, Lambirth, y others 2012; Fresnadillo Martínez et al. 2005; Gregerson 2013; Cappelletti, Sabelli, y Tenuttto 2008; Carpenter, Stevenson, y Carson 2008; Gallagher et al. 2011; Gramaglia et al. 2013).

El cine es un promotor en el desarrollo de la observación, entre otros

recursos narrativos, permite refinar la visión inmediata de las cosas y apreciar la complejidad cotidiana de las diferentes vidas representadas, haciéndonos afinar nuestro entendimiento, observando la evolución moral del individuo y su carácter. De esta forma no observamos al personaje como un ideal moral, sino que nos centramos en las posibilidades que nos ofrece la presentación, lo más completa posible, de un carácter, real o imaginado. En esa presentación podemos ver los conflictos, interiores o exteriores, con los que se encuentra un individuo en el intento de realizar su vida de la mejor forma posible (Icart Isern et al. 2008; Dermi 2012).

El cine es un tipo de expresión artística que nos descubre e introduce en la creación de estrategias y habilidades generales de comunicación, porque se centra en la representación de formas de vida en la que los personajes se relacionan. Una ficción que en ocasiones puede resultar reveladora de cuestiones graves y, por tanto, de calado moral y con exigencias de responsabilidad. El receptor del filme puede declarar que se “reconoce” en tal personaje de la trama. Esta apropiación puede revestir multitud de formas, y al ponernos en el lugar del personaje, podemos compadecernos de personajes repulsivos o introducirnos en las razones de personajes alejados de nuestro sistema de creencias morales. Ello supone que nos permite adentrarnos en la forma en la que “otros” se relacionan con sus creencias y comprenderlos en su

toma de decisiones, procesos decisorios que suelen estar estructurados en la forma fílmica de manera visible. Ello no significa que destruya nuestras creencias, aunque si puede confrontarlas, descubrirlas y /o redescubrirlas. Este ejercicio fomenta reconocer “al otro”, ponerse en el lugar del otro, comprender “al otro que no soy yo”, pero que se encuentra en situaciones tan complicadas como la mía en las que, como yo, ha de tomar decisiones. Esa actitud “espejo” es el valor de la sensibilidad que actúa como antesala de la activación empática (Gramaglia et al. 2013; García Martínez et al. 2012; Díaz y Torroja 2015).

A través del cine el alumno/espectador puede recibir información que le ayude a ordenar cognitivamente sus conocimientos, es el valor cognitivo, dándole la oportunidad de participar en muchas situaciones diferentes que, de no ser por este medio, no hubiera tenido a su alcance. Los expertos admiten que posiblemente, las películas no son capaces de mostrar la complejidad del mundo, pero son efectivas cuando tienen que ver con los aspectos humanos. Estas películas tienen el poder de transferir ideas de una manera simple y mágica, mensajes que les penetran, emocionan y movilizan más que las palabras, se resumen y se transmiten ideas en minuto. De esta forma el aprendizaje se produce activamente, a través de la experiencia y la reflexión (Darbyshire y Baker 2011; Fox, Lambirth, y others 2012;



Gabriela Felippa et al. 2014; Cappelletti, Sabelli, y Tenutto 2008; Ortega Belmonte et al. 2009).

El cine propone al espectador una historia, pero no la narra buscando un receptor pasivo, sino que facilita la identificación del espectador con los diferentes matices del discurso. A través de la identificación de los personajes, la trama, la acción, el espectador pasa de ser mero testigo de la narración a convertirse en actor de esta, lo que le permite reír, llorar, pensar y ver la vida a partir de diferentes perspectivas. Es el valor expresivo a través del que se aprenden a manifestar los sentimientos y emociones. El trabajo sobre las propias emociones y sentimientos es muy importante y nos hace ser consciente, ya que las tenemos. Las emociones que suscita una situación determinada permiten una comprensión más profunda de la situación misma. Es la función del sentimiento la que permite gestionar y reconocer valores, la emoción, cuya potencia es para perturbar el equilibrio de la psique que proyecta la ficción. Sin embargo, las emociones que suscita el cine se refieren a un mundo virtual y por lo tanto tienen el potencial de aumentar la autoconciencia de los individuos, mientras que se sientan relativamente seguros (Gramaglia et al. 2013).

A través de la imagen y de los diferentes temas que se aborden se desarrolla la creatividad, las reflexiones, el recuerdo y la memorización de los datos. Se acrecienta la imaginación para una eventual capacidad

creativa. Puede ofrecer una manera de descubrir lo que los estudiantes piensan acerca de temas que de otro modo permanecerían ocultas (Martínez-Salanova Sánchez y otros 2003; Gramaglia et al. 2013; Rodríguez 2009).

Otro aspecto de interés que se viene analizando en la literatura sobre el tema, es el impacto de lo visual en la memorización de la información y en la profundidad en el conocimiento adquirido (Pac y García 2013; Darbyshire y Baker 2011).

A través del cine, se concientiza de la fuerza del lenguaje no verbal. Se descubre lo oculto que es un proceso importante para el aprendiz en su aprendizaje para alcanzar ciertas competencias, apropiarse crítica y creativamente de los mensajes, reflexionando sobre sus impactos y transfiriéndolos a situaciones nuevas. Al igual que la literatura, el cine no se supone que tiene un solo significado, y se puede considerar una forma complementaria de pensar en el mundo (Martínez-Salanova Sánchez y otros 2003; Tarrés, del Carmen Gayol, y D'Ottavio 2016; Díez y Guardiola 2016; Cantabrana, Rodríguez, y Balsera 2016).

Posibilidades didácticas: Facilita el trabajo para los docentes. Llegar simultáneamente a muchos lugares sin desplazarse, desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje, crear intereses y exaltaciones enriqueciendo el factor emocional, proporcionar la observación de

fenómenos y procesos a partir de una posición y perspectiva privilegiada, favorece la objetivación de hechos y fenómenos y procesos a través de la contemplación de la realidad objetiva. Representa un instrumento de aprendizaje que puede generar un debate, resumiendo aspectos de gran extensión en poco tiempo y espacio (Dermi 2012; González-Blasco et al. 2009; Martínez-Salanova Sánchez y otros 2003; Gallagher et al. 2011; Klemenc-Ketis y Kersnik 2011).

## **4.2. EL CINE: UNA MIRADA A LA ONCOLOGÍA**

En el mundo de la Oncología, el uso del cine comercial como estrategia docente puede permitir ilustrar situaciones complejas de difícil comprensión para los estudiantes y profesionales de la salud: compromisos éticos, relación enfermera-paciente, límites de la investigación, etc.

La utilización del cine centrado en Oncología, por lo tanto, puede transmitir conocimientos, vivencias, experiencias y despertar sentimientos en el espectador, quien a su vez, interpreta la narración desde sus experiencias previas, al tiempo que se siente afectado por ella y las incorpora a su vida como una experiencia propia, explorando y poniendo en juego sus propios valores, creencias y actitudes (Carpenter, Stevenson, y Carson 2008; Cappelletti, Sabelli, y Tenuttto 2008).

En algunos estudios sobre el tema realizados en el campo de Enfermería y la Medicina oncológica y paliativa, los participantes referían que la visión de las películas los había llevado a la reflexión sobre sus actitudes ante la vida, la muerte y otras situaciones difíciles (Oh, Kang, y De Gagne 2012 ; Klemenc-Ketis y Kersnik 2011). Aunque esto puede llevar a confrontaciones y resistencias personales o dilemas éticos, que habrá que tener en cuenta al utilizar el cine como estrategia educativa, existe coincidencia en los educadores que utilizan este medio, en que el cine de una forma magistral ejerce como

función constructivo-deliberativa, se convierte en un espejo donde realizar un análisis interno (debilidades y fortalezas) y externo (amenazas y oportunidades), permite reforzar lo positivo, y modificar lo negativo (González de Dios, Tasso Cereceda, y Ogando Díaz 2012), contribuyendo al desarrollo de la autonomía, la crítica y la reflexión en busca de una toma de decisiones más responsables basadas en la empatía, la escucha, la implicación, la relación paciente-profesional, nos concientiza sobre las dinámicas familiares y la influencia sociocultural en la vivencia de la enfermedad ( Gramaglia et al. 2013; Icart Isern et al. 2008; Darbyshire y Baker 2011), nos permite observar la identificación de diferentes respuestas humanas en relación con la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, incluso con la manera de relacionarse con los profesionales de la salud, nos permite potenciar el lenguaje no verbal o descubrir la importancia de la observación (Kuhnigk et al. 2012 ; González de Dios, Tasso Cereceda, y Ogando Díaz 2012; Klemenc-Ketis y Kersnik 2011; Halamek 2010; Oh, Kang, y De Gagne 2012; Isern et al. 2010).

Representa un modo alternativo de abordaje y de vivenciar el proceso oncológico, articula estrategias para fortalecer el debate, promoviendo el pensamiento crítico (Icart Isern et al. 2008; Oh, Kang, y De Gagne 2012) y el aprendizaje en la resolución de problemas , profundizando en la comprensión y aplicación de conocimientos en enfermería. (Oh, Kang, y De Gagne 2012).

Para generar conocimiento con un filme, se precisa interactuar con sus elementos lógicos y entender que hay una idea o un concepto a ser transmitido por la imagen en movimiento. Sin embargo, tampoco es suficiente el entender “objetivamente” la trama de una película. Es menester que el filme produzca algún impacto emocional en la audiencia (que no necesariamente “dramático”). Esto nos lleva a una cierta dirección comprensiva, en la cual el espectador no adquiere una información, sino que también se deja afectar emocionalmente, es decir no es algo “externo”, sino un lenguaje instaurador que exige pasar por una experiencia para ser plenamente consolidado (Dermi 2012).

La técnica cinematográfica consigue obtener este impacto emocional, fundamental por la eficacia cognitiva del concepto-imagen, pudiendo de esta forma plantear la utilización didáctica del cine para ayudar a la audiencia a elaborar aquellos contenidos que por diversas razones les cuesta procesar. La información visual desencadena además de las conductas de respuesta, comportamientos de empatía. Por lo tanto, las características del pensamiento mágico que genera el cine, se imponen tanto en los procesos de identificación como en las actitudes de proyección de quien percibe un filme (Campo-Redondo 2009; Darbyshire y Baker 2011).

El cine ha dedicado muchas películas a tratar temas relacionados con la enfermedad, la salud, la muerte, las vivencias del sufrimiento físico y mental. Nos sitúa en escenarios donde se muestran las relaciones humanas, en contextos difíciles de reproducir, los cuales permiten al alumno explorar la esfera de los sentimientos frente a situaciones de salud-enfermedad, de ponerse en lugar del otro: de la persona que padece y sufre, de los profesionales que intervienen, de la familia que sufre con el enfermo, de los amigos. Analiza la situación de cuidados en las diferentes escenas de que consta la película: los individuos implicados, las relaciones entre ellos, el contexto en el que se desarrolla la acción, el lugar y el tiempo en que transcurre la historia, nos permite valorar la idoneidad de las actuaciones y plantearnos su modificación, argumentando las mismas. Confrontar y afrontar las diferentes formas de responder a las crisis de las personas, de forma individual, en familia o en grupo. Posicionarnos de forma crítica ante los hechos presentados. Justificar las alternativas de cuidados a las situaciones analizadas. Por todo ello se considera el cine como una herramienta de reflexión aplicable a la práctica profesional de la salud (Cibanal Juan et al. 2009; Kuhnigk et al. 2012; Gabriela Felippa et al. 2014; Dermi 2012; Astudillo y Mendinueta 2007; Icart-Isern et al. 2009).

En el campo de la Enfermería nos permite desarrollar una enseñanza donde no solo se centre en abundantes conocimientos técnicos y

escasa formación humanística, sino buscar una metodología para ayudar a las enfermeras y a los estudiantes de Enfermería en el entendimiento más íntimo del ser humano, a mejorar la relación y la comunicación profundizando en momentos frágiles, vulnerables y/o conflictivos. Resulta imprescindible que a los estudiantes de enfermería se les ayude a descubrir las respuestas que esperan las personas a las que deberán atender, es preciso enseñar e incorporar la relación de ayuda y los valores a los futuros enfermeros, empleando un discurso que derive en términos de competencias profesionales, las cuales son posibles de adquirir a través del conocimiento, la inteligencia emocional y de la práctica; así como por el convencimiento de que se trata de una actividad profesional y no de un añadido a los procedimientos, técnicas y normas administrativas. Si la dimensión emocional es la clave en las relaciones humanas y la práctica docente se desarrolla en escenarios interactivos, es lógico plantear que se desarrollen explícita e implícitamente competencias socio-afectivas y que el papel del profesor sea de mediador y su responsabilidad la de buscar nuevas estrategias que puedan generar transformaciones que den respuesta a estas necesidades (Gabriela Felippa et al. 2014; Dermi 2012; Nuin et al. 2015; Delgado, de la Cueva Ariza, y others 2015; Roca-Roger et al. 2016).



Estudios llevados a cabo sobre el uso del cine en profesionales y en estudiantes de disciplinas sanitarias, dentro del campo de la Oncología, en los que los profesionales /estudiantes expresan que el cine les ha ayudado a entender a los pacientes oncológicos desde diversos contextos y progresar en el desarrollo de dimensiones como, la comunicación, empatía, y aumentar su interés frente a situaciones difíciles. Las películas les habían hecho pensar sobre su propia vida y en la muerte y les ayudó a comprender todas las fases del mundo del paciente. Así mismo, el cine ha sido reportado como una fuente de oportunidades para aprender de errores ajenos, de exposición a dilemas éticos, capacidad para construir la gestión de los casos difíciles, y también como activador de la reflexión sobre la propia muerte, valores, creencias y actitudes hacia las características de profesionalidad, sin sentir amenazas a la integridad personal. Los profesionales/estudiantes encontraron diferencias entre sus creencias y la realidad mediante el uso crítico de la reflexión, las habilidades de juicio clínico y desarrollo de actitudes, habilidades de síntesis de los conocimientos y la toma de decisiones clínicas, que es compleja (Oh, Kang, y De Gagne 2012; Díaz y Torroja 2015; Gabriela Felippa et al. 2014;Klemenc-Ketis y Kersnik 2011).

.

Otro punto de interés es la descripción de cómo el cine presenta el cáncer a través de diversa literatura especializada en el tema, así, hay

estudios centrados en la clasificación de filmes cuyos argumentos tratan el proceso oncológico, otros clasifican el tipo y cantidad de filmes que tratan un tipo de cáncer concreto, estudios que se enfocan en la enfermedad en sí, dando relevancia a las pruebas diagnósticas, manifestaciones clínicas o tratamientos asociados al cáncer, muchos relacionados con dilemas éticos, los dilemas entre la investigación y los cuidados, cómo dar la información y las malas noticias, la muerte digna, otros que relatan la enfermedad describiendo las fases del proceso (clínica, diagnóstico, tratamiento y resolución), otros enfocan a la persona enferma como centro del proceso, su imagen y deterioro físico, sus emociones, el respeto de los que la rodean (Romano 2016).

También hay muchos estudios sobre el uso de películas enfocados en la influencia de las relaciones familiares en el proyecto vital del paciente a lo largo de la evolución del proceso salud enfermedad, la descripción de la estructura familiar, las etapas del ciclo vital familiar, y la interacción entre los miembros. Algunos guiones ponen el foco sobre las características del profesional: la empatía, la asertividad, el rol del profesional, la comunicación verbal y no verbal, el rol de cuidar frente al rol de curar, el respeto a la persona, la relación de la familia y los profesionales (Díaz y Torroja 2015; Ortega Belmonte et al 2009; Sánchez y Sánchez 2015).

Dentro de esta amplia gama de modelado de todos aquellos asuntos que forman parte de la realidad en el proceso oncológico en el cine y en la literatura sobre el tema destacaremos: Los síntomas generales, que más inciden son el dolor y la fatiga, siendo las películas donde el cáncer tiene carácter 'argumental' las que describen con mayor fidelidad los síntomas y signos. En general estas cintas transmiten y muestran los síntomas más comunes en Oncología: vómitos secundarios al tratamiento, caída del pelo por la misma razón, pérdida del apetito, fiebre, dolor, y la debilidad que les relega a una silla de ruedas y les postra en la cama (Icart-Isern et al. 2009).

La mortalidad por cáncer en el cine describe una escena bastante pesimista. Sobre La muerte del paciente oncológico en el cine, podemos destacar "la muerte ideal": el enfermo decide cuándo, cómo y con quienes quiere morir, una muerte sin dolor, presenciada por sus seres queridos en el lugar que desea en el momento que decide y sobre todo sin dolor. "La muerte que no se desea": la muerte en soledad, la deshumanización de los profesionales, una muerte oculta y aislada, sin familia. "La muerte en un contexto de situación intermedia": se plantea la muerte en el contexto de la vida y también de sus momentos agradables, un acercarse al final entre momentos de diversión, pero reflejando también la cruda realidad. Igualmente, el miedo a la muerte

es un tema recurrente en todas las películas (Ortega Belmonte et al. 2009; Redondo 2009).

Los lugares físicos que dan el fondo a las películas y argumento también son muy variados. Los espacios cerrados y asépticos del hospital en las salas de espera donde se recibe la mala noticia, el recorrido desde la habitación compartida de un hospital hasta la casita de campo al lado del lago, o pasando por la habitación "transformada" del hospital. Se insiste en el hospital como el primer espacio donde se producen las actuaciones sanitarias en el proceso oncológico (da Rocha, Astudillo, y de Cuidados Paliativos 2006).

La imagen de los profesionales que el cine transmite es variada, como también lo es su grado de implicación en el proceso oncológico. La actuación, a veces compasiva y empática y otras egoísta e interesada, por parte de los profesionales de la Medicina y de la Enfermería, que son mayoría frente a otros colectivos. Por el cine han pasado distintos modelos de profesionales, siendo los más frecuentes los del médico, desde una perspectiva "biologista", que se atrinchera en el desarrollo tecnológico y farmacológico de la profesión. En cuanto al lado más humano de la profesión, se suele mostrar a personajes que sufren al comunicar el diagnóstico de una enfermedad terminal y una muerte próxima ( da Rocha, Astudillo, y de Cuidados Paliativos 2006; Astudillo y Mendinueta 2007; Holgado y Perdiguero-Gil, s. f.2016).

En lo que se refiere a las enfermeras, de forma repetida se muestra una imagen a veces confusa de su profesionalidad, aparece como decorativa o secundaria dedicada a realizar actividades técnicas como: inyecciones, curar heridas o ayudar al profesional médico. Pero también aparece en el cine la enfermera cuidadora, perceptiva, formada, ejerciendo su profesión en el más amplio campo de la misma, mostrando a una profesional con autonomía en su trabajo y humanismo en sus cuidados y servicios. Se muestra también la necesidad de aprender habilidades de comunicación con el paciente terminal y su familia, sin olvidar las habilidades referidas al diagnóstico y control de síntomas. Las alusiones al desconocimiento del nombre del paciente, o a confundirlo con otro (en tono humorístico) es una constante en el cine y reflejan, también, este “dejar de ser” en ese momento (Gabriela Felippa et al. 2014; Delgado, de la Cueva Ariza, y others 2015; C. Prat Canet 2014; Alarcón y Mendinueta 2009; Díaz y Torroja 2015).

Las emociones en los pacientes y en los familiares: Cabe destacar las vivencias, emociones, sentimientos, creencias, valores y reacciones que el paciente y quienes le acompañan o asisten durante la enfermedad manifiestan, pueden percibir, sentir o expresar, la suplantación del derecho a decidir sobre uno mismo. La reacción de negación, la incredulidad, es muy frecuente entre las reacciones habituales. De gran interés el cómo influye el miedo, la ansiedad, la

esperanza, la culpa, la confianza, la racionalización, la tristeza el aislamiento, la soledad. La pérdida de la identidad ostentada antes de estar enfermo es un punto común en muchas películas. Se representa en el hecho de despojarse del vestido de calle que inexorablemente es sustituido por la bata del hospital, que uniforma a todos los pacientes y, tal vez, los despoje de algunos signos de su identidad personal.

La necesidad de creer en “algo superior” La necesidad de control y el miedo a su pérdida son reflejados y explicitados ( Campo-Redondo 2009; García Martínez et al. 2012; Muñoz, Morales, y Torres 2009; Ortega Belmonte et al. 2009; Darbyshire y Baker 2011; da Rocha, Astudillo, y de Cuidados Paliativos 2006; Dermi 2012; Fox, Lambirth, y others 2012; Icart-Isern et al. 2009 ).

Cabe señalar que el carácter formativo de una película tiene que ver con su argumento, pero en el uso didáctico del cine sobre todo se lo confiere la intencionalidad del docente, que la utiliza para promover la reflexión y el análisis de un problema de salud. Por esta razón, el uso del cine como recurso didáctico se inscribe en un proceso dinámico que debe contar con la complicidad del docente y del alumno.

## **SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO**

### **CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN**

La titulación de Grado en Enfermería, tal y como el Espacio Europeo de Educación Superior recomienda, ha incorporado en sus nuevos planes de estudio las técnicas didácticas más actualizadas para el desarrollo de competencias formativas que garanticen el mejor alcance de los objetivos docentes, destacando las metodologías de simulación como máximo exponente en sus logros, tanto en lo que corresponde a la formación de prácticas externas, como en la utilización de escenarios simulados que favorezcan el aprendizaje de competencias que resultan de elevada dificultad en el contexto sanitario por sus limitaciones en seguridad ante los pacientes o carencia de posibilidades para su repetición.

En el caso de este estudio, incorporando las nuevas tecnologías, hemos utilizado como recurso didáctico la imagen a través del cine.

El cine es capaz de atraernos a un mundo irreal, que estamos dispuestos a aceptar como verosímil, conecta con la emoción y los sentimientos, nos permite reconocernos y transformarnos, adentrarnos en un proceso de identificación o de rechazo, analizarnos o soñar. El carácter universal del cine, se vale de la imagen con la que consigue llegar a todas las personas de todas las etnias, cultura y nivel socioeconómico, aunque de forma distinta e individual,

incorporando la formación en la práctica, que brinda la posibilidad al estudiante para la reflexión en y sobre la acción, observar situaciones que lo inciten a alcanzar un objetivo, resolver problemas, y/o tomar decisiones; además de la conexión entre personaje y espectador , que incita a este último, a desencadenar procesos empáticos hacia los intérpretes. Todo ello convierte al cine en un espacio privilegiado para el desarrollo de competencias.

Las películas disponen de muchos de los elementos que inducen a la reflexión, excelentes medios técnicos, buenos argumentos, magníficos actores, verosimilitud con la realidad y capacidad de seducción. Si estas actividades se organizan adecuadamente, los estudiantes pueden aprender a analizar críticamente un problema, razonar lo expuesto desde diversos puntos de vista.

El uso del cine comercial con objetivos docentes en el campo de la Oncología es una actividad barata, fácil, versátil y útil en múltiples contextos en la que esta enfermedad está presente. Con una evaluación adecuada puede ser un método valioso para estimular la reflexión de los estudiantes y mejorar incluso sus conocimientos y habilidades específicas en muchos temas que conforman este campo. (Baños y Pérez 2005).

En este contexto la Universidad de Málaga, apostando por la excelencia desarrolla programas y actuaciones dentro de un Plan Estratégico



2013-2016, reforzando los programas de innovación educativa (PIEs 2013-2015), como una herramienta importante para fomentar, apoyar e incentivar la innovación docente, convocatoria a la que se ha unido este proyecto.

En este proyecto educativo en el que se han elegido fragmentos de películas que tratan sobre el proceso oncológico, aprovechando el cine como ejercicio de simulación e invitando a los estudiantes a través de él a vivenciar situaciones de gran impacto emocional en el cuidado de los pacientes oncológicos, así como identificar respuestas humanas en las escenas visualizadas, en un intento de enseñarles habilidades de síntesis de los conocimientos adquiridos, a mejorar su capacidad de juicio clínico y la toma de decisiones.

## **CAPITULO 6.- METODOLOGIA**

### **6.1. HIPÓTESIS**

La hipótesis general de este estudio es que una intervención educativa mediante el uso del cine tiene un efecto beneficioso sobre los estudiantes en términos de disminución de su ansiedad ante las prácticas en contextos difíciles con pacientes y familiares en situaciones de amenaza vital o gran impacto físico, emocional o espiritual de su situación de salud (Cuidados Paliativos, UCI, Urgencias, Salud Mental, Pediatría).

$H_0$ : No hay diferencias en la ansiedad ante las prácticas en estudiantes que reciben una intervención adicional de visionado de películas, más la formación en los contenidos y competencias de la asignatura "Paciente Crítico y Frágil", frente a los que reciben la formación habitual de la asignatura.

$H_1$ : La ansiedad ante las prácticas en los estudiantes que reciben la intervención adicional es menor, frente a los estudiantes que participan en desarrollo habitual de la asignatura.

## **6.2. OBJETIVOS**

### **Primario**

1. Determinar las diferencias en la ansiedad ante las prácticas de estudiantes de 4º de Grado de Enfermería mediante la utilización de visionado de películas en el seno de la asignatura “Cuidados al Paciente Crítico y Frágil”.

### **Secundarios:**

1. Analizar las diferencias en el nivel de toma de decisiones mediante el cierre cognitivo.
2. Determinar si las experiencias previas de contacto cercano con la muerte (en la vida cotidiana o en las prácticas) y el conocimiento de la legislación sobre muerte digna y voluntades anticipadas, modifican la ansiedad ante las prácticas y ante la muerte.

## **6.3. DISEÑO**

El diseño es un estudio controlado aleatorizado, abierto, con grupo control concurrente.

## **6.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio estuvo constituida por 110 estudiantes matriculados en 4º curso del Título de Grado en Enfermería de la Universidad de Málaga (UMA), durante los cursos 2013-14 y 2014-15.

La población de estudio total, teniendo en cuenta los dos cursos académicos del proyecto, fue de 220 sujetos. No se hizo muestreo sino que se seleccionaron todos los sujetos de la población de estudio. La asignación a los grupos intervención y control se hizo mediante aleatorización, a través de una secuencia de números aleatorios generados por ordenador.

## **CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

### **Criterios de inclusión:**

Al seleccionarse todo el universo muestral, el único criterio de inclusión es que estuviesen matriculados en la asignatura durante los períodos de realización del estudio.

### **Criterio de exclusión:**

El único criterio de exclusión era la negación a participar en el proyecto.

## **6.5. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.**

Se determinó de cada participante: (Anexo2)

### **Sexo**

Variable sociodemográfica cualitativa dicotómica.

### **Prácticas religiosas.**

Variable cualitativa policotómica.

### **Experiencias que hayan tenido cercanas a la muerte.**

Variable cualitativa dicotómica. Integra si han tenido experiencias

cercanas a la muerte, experiencia de haber visto morir en el ámbito personal, o en las prácticas.

### **Conocimiento sobre la ley de muerte digna.**

Variable cualitativa dicotómica. El objetivo de la ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte del 2/2010, de 8 de abril es garantizar una atención adecuada durante el proceso final de la vida. Sus principios se basan en evitar el sufrimiento y respetar la dignidad y la libre decisión de cada paciente.

El estudio de esta Ley forma parte de la asignatura de 4º curso de grado en Enfermería donde se emplaza esta investigación dentro de la asignatura de cuidados críticos y paciente frágil, englobada en el tema Ética de los cuidados ante la cronicidad y la muerte, es uno de los primeros temas que presenta la asignatura en la plataforma virtual.

El añadir esta variable es un intento de conocer si los estudiantes han interiorizado los complejos cuidados e implicación que conlleva el estar junto a estos pacientes, y si el conocimiento de esta Ley puede influir y/o ser determinante en las respuestas y percepción o sentimientos de los sujetos de estudio frente a situaciones y largos procesos de vulnerabilidad humana.

### **Conocimiento sobre la voluntad vital anticipada.**

Variable cualitativa dicotómica. La declaración de voluntad vital anticipada 5/2003, de 9 de octubre es un documento escrito en el que las personas pueden hacer constar sus deseos y preferencias de

tratamiento para el caso eventual en el que no puedan decidir por sí mismas, así como designar quién tomará las decisiones en su lugar, decidir libremente sobre tratamientos en situación de gravedad, cuando su estado impida expresarlas personalmente, y ejercer por tanto, su derecho de autonomía personal.

De hecho la Ley 5/2003 de 9 octubre y la Ley 2/2010 de 8 de abril, establece la obligatoriedad de consultar el Registro para todo el personal sanitario, implicado en la atención sanitaria a un paciente que se encuentre en una situación que le impida tomar decisiones clínicas, como puede ser el paciente oncológico, en fases determinadas de su enfermedad, dotando así de instrumentos seguros a los profesionales en la toma de decisiones clínicas y contribuyendo a mejorar la atención sanitaria a los ciudadanos, con el máximo respeto a sus libertades.

Por lo tanto interesa esta variable dada la importancia que en nuestra investigación tienen los posibles conflictos decisionales que conllevan algunas situaciones vitales y por ser una estrategia que dota al estudiante de instrumentos de apoyo a la hora de tomar decisiones y por lo tanto interesaría conocer la influencia que pueda ejercer en la población estudiada.

La ley de declaración de voluntad vital anticipada se estudia en el mismo curso, asignatura y tema que la Ley sobre la muerte digna, anteriormente citada.

## **Variables de resultado**

Escala de miedo ante la muerte: Escala de Collet-Lester (Espinoza y Sanhueza 2012).

El miedo a la muerte no se puede observar directamente por lo que debe inferir a partir de la conducta de un sujeto o de un auto-informe, porque no existe un criterio simple con el que comparar un instrumento para establecer su validez. Al contrario la validez de un constructo de cualquier medida de actitudes hacia la muerte se desarrolla gradualmente a través del tiempo, así lo demuestra la escala de miedo a la muerte de Collett-Lester (EMMCL).

Esta escala, se creó en 1969, sus autores sugirieron que el miedo a la muerte es un concepto multidimensional que puede tener diversas causas, que puede conducir a una persona a reaccionar de manera diferente a la idea de muerte como un estado y/o un proceso.

Las actitudes y las reacciones emocionales pueden ser diferentes cuando se trate de unos o de otros.

La Escala Miedo a la Muerte de Collett-Lester (Anexo3), en la versión adaptada al español, está conformada por 4 sub-escalas que proporcionan información multidimensional

“Miedo a la Muerte propia”

“Miedo al Proceso de Morir propio”

“Miedo a la Muerte de otros” y

“Miedo al Proceso de Morir de otros”.

Contiene un total de 28 ítems, agrupados en 4 sub-escalas con siete ítems cada uno. Las respuestas son de tipo Likert de 1(nada), 4-5-6 (moderado) a 5 (mucho). Se obtiene un puntaje total y por cada sub-dimensión promediando las respuestas respectivamente. Las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir. La medición de este constructo en el ámbito de la salud es relevante, porque el significado de la muerte conlleva cierta negación y evasión de está en nuestra sociedad y por lo tanto, concierne a los profesionales de la salud por formar parte de ella.

La EMMCL es un instrumento confiable y válido para medir el constructo miedo a la muerte (Venegas, Alvarado, y Barriga 2011).

Escala de estresores de estudiantes de Enfermería (Escala Kezkak) (Zupiria Gorostidi et al. 2003). El cuestionario KEZKAK (Anexo4) es un instrumento útil para medir los estresores de los estudiantes de Enfermería. Tiene 55 ítems.

El alumno puede elegir entre cuatro posibles respuestas en una escala tipo Likert: nada(0), algo (1), bastante (2) y mucho (3). La escala recoge ansiedad- rasgo, ansiedad –estado. Es una escala con una alta consistencia interna y fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach 0,95).



La escala está formada por sub-escalas:

Factor1.- Aglutina ítems relacionados con el temor a dañar, o no poder ayudar al paciente o a resultar dañado.

Factor2.- Agrupa ítems que se refieren a situaciones de contacto con el sufrimiento.

Factor 3.- Reúne ítems que tiene que ver con la relación con los tutores y compañeros.

Factor4.- Tiene que ver con sentir impotencia e incertidumbre, sentimientos muy frecuentes en las profesiones de la salud.

Factor5.- Tiene que ver con no controlar la relación con el enfermo y que nos sugiere la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación y relación con el enfermo.

Factor6.- Aglutina ítems relacionados con la implicación emocional tanto con el paciente como con el trabajo.

Factor7.- Tiene que ver con no ser bien tratado por el enfermo y resultar dañado en esa relación.

Factor8.- Se refiere a las conductas del paciente que busca una relación íntima con el estudiante.

Factor9.- Se refiere a situaciones de sobrecarga para el alumno.

KEZKAK es útil para conocer los principales estresores en las prácticas clínicas, altas puntuaciones indicarían sujetos muy preocupados, que perciben las situaciones planteadas como muy estresantes. En ese sentido puede resultar de utilidad para detectar a sujetos que necesiten ser tranquilizados, o que necesiten un seguimiento o apoyo específico. Por otro lado, las puntuaciones factoriales nos dan una idea de los aspectos que más estresan al alumno. Altas puntuaciones en un factor nos indican que el sujeto percibe ese aspecto como especialmente estresor. Las puntuaciones factoriales nos sirven para detectar aspectos a mejorar o a aceptar en la formación de distintos grupos de alumnos teniendo en cuenta lo que más les estresa (Zupiria Gorostidi et al. 2003).

Escala de la necesidad de cierre cognitivo (TR-NCC) (Horcajo et al. 2011) .

El TR-NCC (Anexo5) cuenta con un total de 14 ítems. Es unidimensional. Se utiliza un formato de respuesta politómico con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). Está compuesta por dos tendencias diferentes y complementarias:

La tendencia de urgencia por conseguir un conocimiento determinado (ítems 1, 2, 3, 6, 7, 9, 13) y la tendencia de permanencia de ese conocimiento (ítems 4, 5, 8, 10, 11, 12, 14). Las puntuaciones en el

TR-NCC muestran una aceptable consistencia interna, una aceptable fiabilidad temporal 0,77 ( $\alpha$  de Cronbach) y una adecuada validez discriminante (Horcajo et al. 2011).

**Tabla 1:Característicasde las variables**

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Instrumento de medición</b>
Sexo	Cualitativa Dicotómica	Cuestionario
Prácticas religiosas	Cualitativa Policotómica	Cuestionario
Experiencias cercanas a la muerte	Cualitativa Dicotómica	Cuestionario
Conocimiento muerte digna	Cualitativa Dicotómica	Cuestionario
Conocimiento voluntades vitales anticipadas	Cualitativa Dicotómica	Cuestionario
Miedo ante la muerte	Cuantitativa	Escala de miedo ante la muerte de Collet-Lester
Estrés ante las prácticas	Cuantitativa	Escala de estresores de estudiantes de Enfermería ante las prácticas KEZKAK
Cierre cognitivo	Cuantitativa	Escala necesidad cierre cognitivo TR-NCC

## **6.6. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCION**

El diseño estuvo dividido en varias etapas:

### **ETAPA PRIMERA**

En esta primera etapa se llevó a cabo la elaboración del material docente para el diseño de la intervención. Se reunió el conjunto de material cinematográfico a través del siguiente proceso:

**1.-** Búsqueda cinematográfica de películas que reunieran los siguientes criterios:

- a.-** El argumento se centrara en un proceso oncológico
- b.-** Que estuviera disponible en DVD y en versión española.

**2.-** De un total de 30 películas encontradas, se escogieron 20, basándonos en dos criterios:

- a.-** Que uno de los protagonistas principales presentara un diagnóstico de cáncer y
- b.-** Que el contexto donde se desarrollará la trama fuera lo más actualizada posible y con una alta aproximación a la realidad.

**3.-** Mientras se visualizaron las 20 películas se realizaron por parte de expertos clínicos del área de atención oncológica, anotaciones sobre las secuencias de mayor impacto emocional, donde se identificarán escenas en las que apareciera de forma inequívoca:

- a.-** Diferentes formas de afrontar las situaciones más

estresantes, tanto por parte de la persona que padece la enfermedad, como por parte de la familia y el entorno.

**b.-** Diversos contextos del proceso oncológico que muestren diferentes fases de la enfermedad y formas diferentes de ser vivenciados.

**c.-** La variedad de disposiciones para mejorar y/o diferentes conflictos que se generan ante situaciones extremas

**4.-** Siguiendo estos criterios y una vez visualizadas las 20 películas, se seleccionaron definitivamente 11 por cumplir con mayor rigor los criterios descritos anteriormente:

1. EL DOCTOR de Randa Haines. Estados Unidos, 1991.
2. LA DECISIÓN DE ANNE de Sister 's Keeper. Estados Unidos, 2009.
3. LA VIDA de Jean Pierre Ameris. Francia, 2001.
4. TIERRAS EN PENUMBRA de Richard Atlenborough. Gran Bretaña, 1993.
5. AMAR LA VIDA de Mike Nichols. Gran Bretaña, 2001.
6. LAS INVASIONES BARBARAS de Denys Arcand. Canadá, 2003.
7. MI VIDA SIN MI de Isabel Coixet. España-Canadá, 2003.
8. QUEDATE A MI LADO de Chris Columbus. Estados Unidos, 1998.
9. DESPEDIDAS de Yöijiro Takita. Japón, 2008.
10. LAS CHICAS DEL CALENDARIO de Nigel Cole. Gran Bretaña, 2003.

11.PATCH ADAMS de Tom Shadiyac. Estados Unidos, 1998.

## **ETAPA SEGUNDA.-**

En esta segunda etapa, se elaboró el programa docente con el que iban a trabajar los alumnos para la construcción de competencias y aprendizaje reflexivo poniendo en juego sus capacidades en un contexto de práctica simulada.

**1.-** Seleccionadas las películas se volvieron a visualizar por el equipo investigador con el objetivo de identificar en las mismas:

- Nombre de la película
- Año y país
- Director
- Sinopsis de la película
- Posibles escenas con contenido útil para el reconocimiento de diagnósticos enfermeros, según las manifestaciones y factores etiológicos de la Clasificación Internacional NANDA.
- Una última parte con las escenas de la película susceptibles para identificar escenarios de desarrollo de intervenciones y resultados, con arreglo a la Clasificación Internacional de Intervenciones (NIC) y de Resultados de Enfermería (NOC) para los posibles diagnósticos identificados, a través de un panel de expertos mediante un proceso Delphi.

**2.-** Se llevó a cabo un tercer visionado para escoger escenas adecuadas a las características definitorias de distintas etiquetas diagnósticas.

**3.-** En el último visionado se decidió que el fragmento de la película Patch Adams fuera usado como reflexión personal de cada alumno y que a través de ella describieran sus impresiones y valores del cuidado enfermero.

**4.-** El orden de la visualización de los fragmentos elegidos se basó en la trayectoria de un proceso oncológico desde su inicio hasta el final, y la afinidad con diagnósticos enfermeros frecuentes en este ámbito y que facilitaran la reflexión sobre respuestas humanas a estas situaciones.

**5.-** Las características definitorias de las etiquetas diagnósticas de cada fragmento de película una vez seleccionadas por el experto, fueron valoradas por un panel de enfermeras formado por 2 alumnas becadas por el Departamento de Enfermería de la UMA para tal fin, así como por la profesora titular de la asignatura donde se emplazaba el proyecto, mediante una rúbrica (Anexo6) que recogía los siguientes criterios:

- Relevancia de los fragmentos con el objetivo.
- Pertinencia del contenido con el/los diagnósticos seleccionados.
- Coherencia en la elección NANDA/NOC.
- Justificación de las intervenciones NIC.
- Impacto didáctico.
- Valoración global del recurso.

### **ETAPA TERCERA**

Esta etapa describe cómo se lleva a cabo la implementación del proyecto.

**1.-**Se presentó el proyecto a todos los estudiantes de forma presencial, para posteriormente integrarlo en soporte virtual, a través de la plataforma de Campus Virtual de la UMA, dentro de la asignatura de Cuidados Críticos y Pacientes Frágil, constituyendo el tema 19 con la denominación de "PROYECTO DE INNOVACIÓN EDUCATIVA: EL CINE EN LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA".

**2.-**Una vez presentado el proyecto, se solicitó la participación, pidiendo el consentimiento informado (Anexo 7) a todos los participantes, que fueron asignados aleatoriamente a los grupos controle e intervención.



### **3.-Primer curso donde se pone en marcha el proyecto.**

El proceso de intervención constó de **4 FASES**:

Cada fase tenía plazos de tiempo establecidos (abertura –cierre) en el calendario de la plataforma y era conocido por los estudiantes desde la presentación del proyecto. En cada intervención se les recordaba concretamente la tarea que se les solicitaba.

## **FASE 1.- Análisis basal**

Se pasaron las encuestas a la totalidad de la muestra (grupos control e intervención): Escala Kezkak de ansiedad frente a las prácticas y Escala de Collet Lester ansiedad ante la muerte y Escala de conflicto de decisiones y cierre cognitivo con el fin de identificar el nivel competencial de partida de los estudiantes.

## **FASE 2.**

Esta fase se trabajó solo con el grupo experimental y constaba de 3 intervenciones

### **Primera Intervención**

Se abrió el acceso para el visionado de los 11 fragmentos seleccionados con la secuencia establecida en la etapa 2, a través de la plataforma virtual estableciendo día apertura y cierre para la tarea, con un plazo de 30 días. Cada fragmento llevaba adjunto el nombre de la película, año y país, director y sinopsis de la misma. En esta primera intervención se solicitaba a los estudiantes la identificación de los posibles diagnósticos enfermeros que pudieran estar presentes en las respectivas películas.

### **Segunda intervención**

En esta ocasión, se volvían a visionar los fragmentos de película y cada participante fundamentaba los criterios por los que definió los

diagnósticos (NANDA) en la primera intervención, así como los objetivos (NOCs) e intervenciones (NICs) potenciando la reflexión crítica en la toma de decisiones. Además, podían hacer modificaciones sobre las decisiones previas, si así lo estimaban oportuno, en el plazo establecido.

### **Tercera intervención**

En esta ocasión se incorporó, junto con la visualización de los fragmentos de cada película, la ficha elaborada por la experta, para que el estudiante pudiera valorar las similitudes o discrepancias sobre las decisiones tomadas por los estudiantes en la intervención anterior con respecto a las propuestas de la experta.

Finalización del trabajo con el grupo experimental.

### **FASE 3.-**

De nuevo se abrían las encuestas para que todos (grupo control y experimental) contestasen las Escala de Kezkak de ansiedad frente a las prácticas, Escala de Collet Lester ansiedad ante la muerte y Escala de conflicto de decisiones y cierre cognitivo.

### **FASE 4.-**

Esta fase solo se llevó a cabo en el primer año del estudio, con el fin de poner en común las posibles dudas y/o problemas que pudieran haber suscitado las situaciones. Se trataba de que los estudiantes de 4º Grado de Enfermería intercambiasen opiniones y plasmaran todas

sus vivencias de manera interactiva, (hasta este momento, todo el desarrollo había sido personal). Se convocó al grupo control y al grupo intervención en diferentes aulas, el grupo control moderado por la docente de la asignatura y el grupo intervención por la experta en oncología, la duración del debate fue de una hora aproximadamente. Fue un debate abierto donde se admitieron preguntas, sugerencias, inquietudes, dificultades, reflexiones personales, aprendizaje experimentado con esta metodología.

#### **4.-Segundo año de ejecución del proyecto**

Se decidió introducir algunas modificaciones en la ejecución de las fases para subsanar algunas dificultades encontradas en el primer año. Así, se les hizo hincapié en la plataforma virtual sobre cada una de las acciones determinadas para el grupo intervención, con una explicación más detallada sobre la tarea a realizar en cada ocasión, en relación con los resultados de la fase anterior.

Igualmente, se les retroalimentó tras cada fase, para favorecer la motivación haciendo partícipes a los estudiantes, notificando (no de manera individual, sino grupal). Por último, se incorporaron contenidos visuales y dinámicas de simulación clínica vinculados al tema, y no restringidos al grupo control. La incorporación de los nuevos contenidos, es una decisión unilateral y exclusiva de la profesora de

“Cuidados Críticos y Pacientes frágiles”, en una reestructuración de mejora para su asignatura.

### **6.7. EMPLAZAMIENTO**

Es importante conocer en este proyecto el contexto en donde se lleva a cabo el proyecto de investigación por la influencia que haya podido tener en él.

Se trata de la asignatura de “Cuidados Críticos y Pacientes frágiles”, de 4º de Grado en Enfermería, con 6 ECTS donde el proyecto se incluyó como un tema más de la misma (tema 19), sin que fuese evaluable. Los alumnos son de 4º curso de la titulación de Grado de Enfermería, y en esta asignatura se enfrentan a múltiples escenarios complejos, con situaciones de compromiso severo para la salud y puesta a prueba de la capacidad de toma de decisiones, por lo que se consideró que tenía cabida la atención avanzada en pacientes con proceso oncológico.

En el Anexo 8 se describe la estructura de la asignatura detallando los contenidos que han sufrido variaciones o añadido contenidos entre un curso y otro.

### **6.8. RECOGIDA DE DATOS Y ANÁLISIS**

La recogida de datos se realizó en dos cursos académicos consecutivos, 2013-2014 y 2014-2015. Toda la información se recogió a través de la plataforma de Campus Virtual de la UMA y la plataforma LimeSurvey. Todos los procedimientos se llevaron a cabo mediante accesos encriptados

e individualizados para cada estudiante. Los datos se exportaron para su tratamiento en SPSS versión 22.

Mediante análisis exploratorio se realizó estadística descriptiva de las variables, obteniendo medidas de tendencia central y dispersión Y porcentajes, se evaluó la normalidad de la distribución de todas mediante test de Kolmogorov-Smirnov, así como la comprobación de la asimetría, curtosis e histogramas de las distribuciones.

Se realizó análisis bivalente mediante t de Student y chi cuadrado y en caso de ausencia de normalidad de las distribuciones, se empleó la U de Mann-Whitney y prueba de Wilcoxon. También se llevó a cabo análisis correlacional entre las principales variables de resultado mediante r de Pearson y rho de Spearman. Por último se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal múltiple, tomando la ansiedad ante las prácticas como variable principal de resultado y como predictoras aquellas que en el análisis bivalente mostraron una relación significativa.

Como descriptores se calcularon las distribuciones conjuntas y marginales, con la media, desviación típica, medidas de efecto (diferencia de medias, y reducción relativa y absoluta del riesgo) e intervalos de confianza al 95%.

## **6.9. AUTORIZACIONES Y ASPECTOS ÉTICOS**

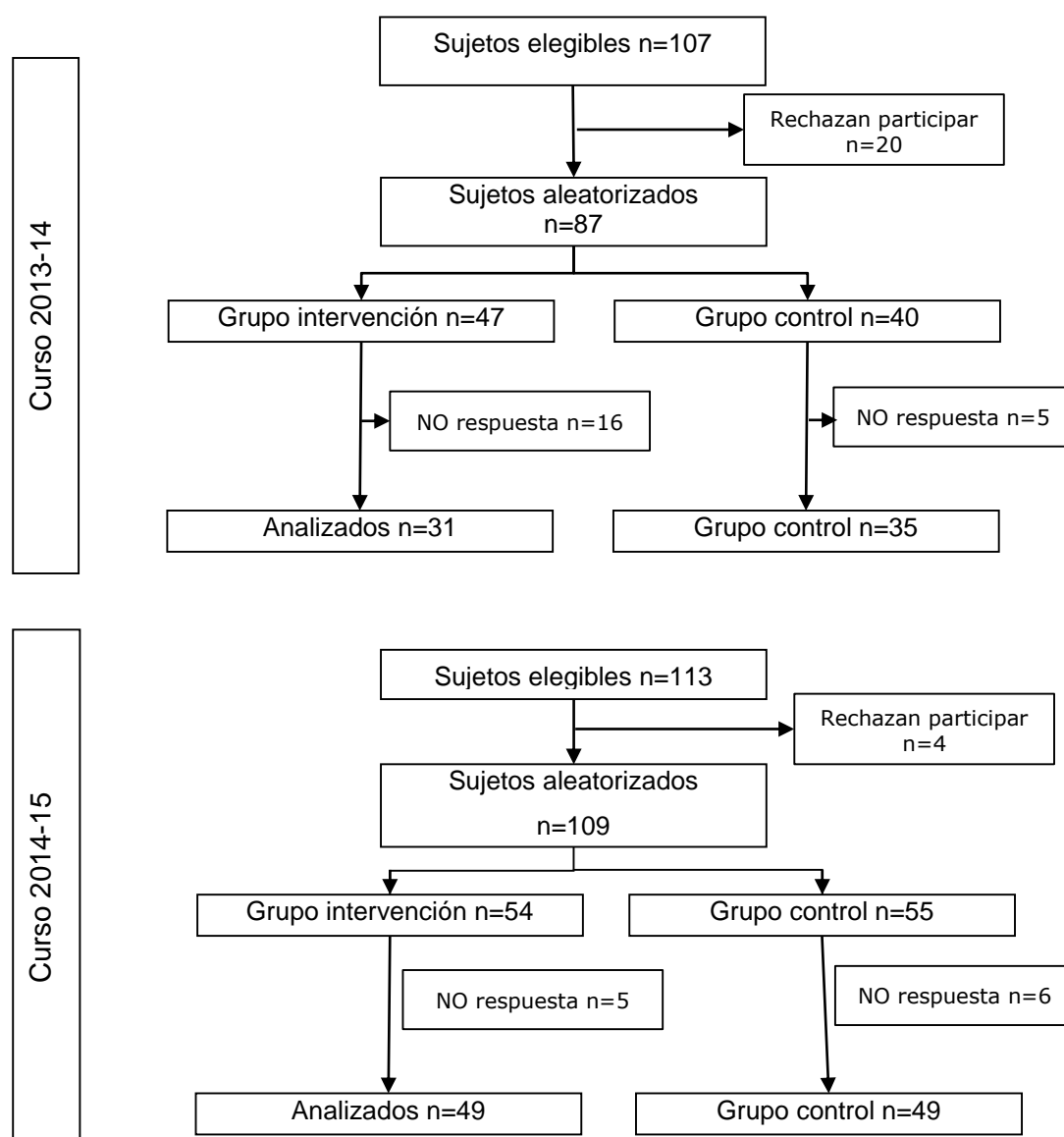
Se solicitó consentimiento informado a todos los sujetos participantes.

El estudio fue autorizado por el Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga. Todos los datos se manejaron de forma anónima para garantizar la confidencialidad de los participantes (Anexo 9)

## CAPITULO 7: RESULTADOS

### 7.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS ESTUDIADOS

Finalmente se incluyeron en el estudio 196 sujetos. En la Figura 1 se detalla el flujograma de la evolución de la muestra:



**Figura 1: Flujograma de participantes en el estudio**



Respecto a los abandonos, hay que tener en cuenta que en la 2ª medición de las variables de interés, las encuestas coincidieron en época de exámenes, y en este proyecto se pedía voluntariedad, por lo que pudo haber influido en una menor participación.

De los 196 sujetos, el 78.1% (n=153) eran mujeres y el 21.9% (n=43) eran varones. La edad media era de 24.12 años (DE 6.37 ). El 44.4% de la muestra (n=87) correspondió al curso 2013-14 y el 55.6% (n=109) al curso 2014-15.

El 82.5% había tenido alguna experiencia con una muerte cercana y un 63.8% había visto morir a alguien.

De forma global un 50.5% se consideraba creyente (el 91% de éstos, de religión católica, aunque un 35.7 no practicaba su religión) y el 46.4% restante ateo o agnóstico.

En la Tabla 2 pueden verse las características basales de los grupos control e intervención, tras la aleatorización, que como se puede ver, no ofrecieron diferencias.

**Tabla 2:características basales de los grupos control e intervención**

	<b>Intervención n=100</b>	<b>Control n=94</b>	
	<i>Media (DE) ó n(%)</i>	<i>Media (DE) ó n(%)</i>	<i>p</i>
Edad	24.93 (7.38)	23.34(5.07)	0.085
Hombres	23 (23.0)	20 (21.3)	0.863
Mujeres	77 (77.0)	74 (78.7)	
Experiencia con muerte cercana	83 (83.0)	78 (82.9)	0.572
Había visto morir a alguien	62 (62.0)	63(67.0)	0.537
Creyente	24 (24.0)	20 (23.8)	0.878
Ateo/a	24 (24.0)	22 (21.3)	
Agnóstico/a	49 (49.0)	49 (52.1)	

## 7.2. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA EN CADA PERÍODO DE MEDICIÓN

### Análisis por género

No hubo diferencias entre las dos oleadas: 78,1% de mujeres en la oleada 1, frente a 77,6% de mujeres en la oleada 2 ( $p=0.517$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3: Género de los participantes por periodo de medición**

Oleada			N	%	N válidos
1	Validos	Hombre	43	21,9	21,9
		Mujer	153	78,1	78,1
		Total	196		
2	Validos	Hombre	35	21,3	22,4
		Mujer	121	73,8	77,6
		Total	156	95,1	
	No contestan		8	4,9	
	Total		164		

### Prácticas religiosas

Tampoco se encontraron diferencias entre oleadas en cuanto a las creencias religiosas ( $p=0.714$ ), (Tabla 4).

**Tabla 4: Práctica religiosa de los participantes por período de medición**

OLEADA		Te consideras...			Total
		Agnóstico/a	Ateo/a	Creyente	
1	N	44	47	99	190
	%	23,2%	24,7%	52,1%	
2	N	36	31	81	148
	%	24,3%	20,9%	54,7%	
Total	N	80	78	180	338
	%	23,7%	23,1%	53,3%	

En lo que respecta al nivel de práctica religiosa, tampoco se hallaron diferencias entre oleadas (tabla 5) ( $p=0,582$ ).

**Tabla 5: Nivel de práctica religiosa por período de medición**

		No practico mi religión	Practico mi religión con asiduidad	Practico mi religión esporádicamente	Total	
Oleada	1	N	70	8	41	119
		%	58,8%	6,7%	34,5%	
	2	N	64	9	29	102
		%	62,7%	8,8%	28,4%	
Total	N	134	17	70	221	
	%	60,6%	7,7%	31,7%	100%	

No hubo así mismo diferencias en cuanto a las religiones practicadas entre las dos oleadas (tabla 6) ( $p=0,917$ ), siendo la católica la mayoritaria.

**Tabla 6: Religión según período de medición**

Oleada		Religión					Total
		Adventista	Budista	Católica	Otro	Protest ante	
<b>1</b>	N	1	1	91	3	3	99
	%	1,0%	1,0%	91,9%	3,0%	3,0%	
<b>2</b>	N	1	0	75	3	3	
	%	1,2%	0,0%	91,5%	3,7%	3,7%	
<b>Total</b>	N	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>166</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>181</b>
	%	1,1%	0,6%	91,7%	3,3%	3,3%	

## Experiencias sobre muertes cercanas

En las experiencias que hubieran podido tener con muertes cercanas, (Tabla 7) tampoco hubo diferencias: el 85.3% había tenido en la oleada

1 y un 87% en la oleada 2 ( $p=0,758$ ).

**Tabla 7:Experiencias con muertes cercanas por período de medición**

Oleada					Total
			No	Sí	
1	N		28	162	190
	%		14,7%	85,3%	
2	N		21	140	161
	%		13,0%	87,0%	
Total	N		49	302	351
	%		14,0%	86,0%	

Igualmente, (tabla 8) en cuanto a si habían tenido experiencia en haber visto morir a alguien en el ámbito personal, un 65.8% las había tenido en la oleada 1, frente a un 68.9% en la oleada 2, sin que estas diferencias fueran significativas ( $p=0.569$ ).

**Tabla 8:Haber visto morir a alguien por período de medición**

Oleada					Total
			No	Sí	
1	N		65	125	190
	%		34,2%	65,8%	
2	N		50	111	161
	%		31,1%	68,9%	
Total	N		115	236	351
	%		32,8%	67,2%	

Tampoco se encontraron diferencias con respecto a si habían visto morir a alguien durante las prácticas clínicas, (tabla 9) con un 75.3% en la primera oleada, frente a un 81.8% en la segunda ( $p=0,154$ ).

**Tabla 9:Haber visto morir a alguien durante las prácticas, por período de medición.**

Oleada					Total
			No	Sí	
1	N		47	143	190
	%		24,7%	75,3%	100,0%
2	N		29	130	159
	%		18,2%	81,8%	100,0%
Total	N		76	273	349
	%		21,8%	78,2%	100,0%

## Nivel de conocimiento sobre la ley de muerte digna.

En la primera oleada sí conocían la Ley el 60,3% (n=126), frente a la segunda oleada (tabla 10), con un 87.5% (n=140), con diferencias significativas ( $p<0,0001$ ).

**Tabla 10: Conocimiento de la Ley de Muerte Digna por período de medición**

Oleada				Total
		No	Sí	
1	N	64	126	190
	%	33,7%	66,3%	
2	N	20	140	160
	%	12,5%	87,5%	
Total	N	84	266	350
	%	24,0%	76,0%	

## Nivel de conocimiento sobre la voluntad vital anticipada.

En la primera oleada un 88.9% conocía la Ley (tabla 11), frente a un 96.2% que sí la conocía en la segunda oleada ( $p=0.015$ )

**Tabla 11: Conocimiento del procedimiento de Voluntades Anticipadas por período de medición**

Oleada				Total
		No	Sí	
1	N	21	169	190
	%	11,1%	88,9%	
2	N	6	153	159
	%	3,8%	96,2%	
Total	N	27	322	349
	%	7,7%	92,3%	

### 7.3. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA POR CURSOS (2013-14 y 2014-15)

Por sexos, no hubo diferencias entre los dos cursos: 73,2 % de mujeres en el curso 1, frente a 78,3% de mujeres en el curso 2 ( $p=0.153$ ).

En las creencias religiosas (tabla 12) tampoco se encontraron diferencias ( $p 0,344$ ).

**Tabla 12:Práctica religiosa por cursos académicos**

Curso		N	%	N válidos	% Acumulado
2013-14	Agnóstico/a	37	24,2	26,4	26,4
	Ateo/a	35	22,9	25,0	51,4
	Creyente	68	44,4	48,6	100,0
	Total	140	91,5	100,0	
	No contesta	13	8,5		
2014-15	Total	153	100,0		
	Agnóstico/a	43	20,8	21,7	21,7
	Ateo/a	43	20,8	21,7	43,4
	Creyente	112	54,1	56,6	100,0
	Total	198	95,7	100,0	
	No contesta	9	4,3		
	Total	207	100,0		

En cuanto al nivel de práctica religiosa (tabla 13), se encontraron diferencias significativas entre las dos cursos, con algo menos de alumnado que no practicaba su religión en el curso 2103-14 ( $p=0,050$ ).

No obstante, el porcentaje de estudiantes que practicaba con asiduidad su religión no llegaba al 8%.

**Tabla 13: Nivel de prácticas religiosas por cursos académicos**

Curso		N	%	% válidos	% Acumulado
2013-14	No practico mi religión	62	40,5	69,7	69,7
	Practico mi religión con asiduidad	7	4,6	7,9	77,5
	Practico mi religión esporádicamente	20	13,1	22,5	100,0
	Total	89	58,2	100,0	
	No contesta	64	41,8		
	Total	153	100,0		
2014-15	No practico mi religión	72	34,8	54,5	54,5
	Practico mi religión con asiduidad	10	4,8	7,6	62,1
	Practico mi religión esporádicamente	50	24,2	37,9	100,0
	Total	132	63,8	100,0	
	No contesta	75	36,2		
	Total	207	100,0		

Con respecto a la significación en la religión que practicaban (tabla14), no se encontraron diferencias entre cursos ( $p=0,059$ ).

**Tabla 14: Religión practicada por cursos académicos**

Curso		N	%	N válidos	% Acumulado
20103-14	Adventista	2	1,3	2,7	2,7
	Budista	1	,7	1,3	4,0
	Católica	65	42,5	86,7	90,7
	Otro	5	3,3	6,7	97,3
	Protestante	2	1,3	2,7	100,0
	Total	75	49,0	100,0	
	No contesta	78	51,0		
2014-15	Total	153	100,0		
	Católica	101	48,8	95,3	95,3
	Otro	1	,5	,9	96,2
	Protestante	4	1,9	3,8	100,0
	Total	106	51,2	100,0	
	No contesta	101	48,8		
Total		207	100,0		

## **Experiencias de muertes cercanas**

Tampoco hubo diferencias en este aspecto entre cursos académicos: el 84,3% había tenido alguna experiencia de este tipo en el curso 1, frente a un 83,6% en el curso 2 ( $p=0,349$ ).

Igualmente, en cuanto a si han tenido experiencia en haber visto morir a alguien en el ámbito personal, un 60.1% las había tenido en el curso 1, frente a un 99.0% en la curso 2, sin que estas diferencias fueran significativas ( $p=0.167$ ). La misma situación se producía en si habían visto morir a alguien en las prácticas clínicas, con un 74.5% en la primera curso, frente a un 76.8% en el siguiente curso ( $p=1,000$ ).

## **Nivel de conocimiento sobre la Ley de Muerte Digna.**

En el primer curso sí conocían la Ley el 72,5% frente al segundo curso con un 74.9% que si la conocían, al finaizar el estudio sin diferencias significativas ( $p=1,000$ ).

## **Nivel de conocimiento sobre voluntades anticipadas.**

En el curso 2013-14 un 88.9% conocía la Ley, frente a un 98.1% en el siguiente curso ( $p=0.687$ ).



## 7.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR OLEADA Y CURSO

### Características prácticas religiosas

No se detectaron diferencias significativas entre cursos y oleadas en cuanto a la presencia o no de creencias religiosas ( $p=0,865$  y  $p=0,827$ , respectivamente)(tabla 15).

**Tabla 15: Presencia de creencias religiosas por oleada y curso académico**

Curso	oleada		Te consideras...			Total
			Agnóstico/a	Ateo/a	Creyente	
2013-14	1	N	21	22	40	83
		%	25,3%	26,5%	48,2%	
	2	N	16	13	28	57
		%	28,1%	22,8%	49,1%	
	Total	N	37	35	68	140
		%	26,4%	25,0%	48,6%	
2014-15	1	N	23	25	59	107
		%	21,5%	23,4%	55,1%	
	2	N	20	18	53	91
		%	22,0%	19,8%	58,2%	
	Total	N	43	43	112	198
		%	21,7%	21,7%	56,6%	

Igual resultado se produjo en el análisis de las diferencias por oleada y curso del nivel de práctica religiosa ( $p=0,932$  y  $p=0,238$ , respectivamente)(tabla 16).

**Tabla 16: Nivel de práctica religiosa por oleada y curso académico**

Curso	Oleada	No practico mi religión		Con asiduidad	Esporádicamente	Total
2013-14	1	N	37	4	11	52
		%	71,2%	7,7%	21,2%	
	2	N	25	3	9	37
		%	67,6%	8,1%	24,3%	
	Total	N	62	7	20	89
		%	69,7%	7,9%	22,5%	
2014-15	1	N	33	4	30	67
		%	49,3%	6,0%	44,8%	
	2	N	39	6	20	65
		%	60,0%	9,2%	30,8%	
	Total	N	72	10	50	132
		%	54,5%	7,6%	37,9%	

En cuanto a la religión practicada (tabla 17), tampoco se encontraron diferencias por oleadas y cursos ( $p=0,931$  y  $p=0,563$ , respectivamente):

**Tabla 17: Religión practicada, por oleada y curso**

Curso	oleada		Adventista	Budista	Católica	Otro	Protestante	Total
2013-14	1	N	1	1	37	3	1	43
		%	2,3%	2,3%	86,0%	7,0%	2,3%	
	2	N	1	0	28	2	1	32
		%	3,1%	0,0%	87,5%	6,2%	3,1%	
	Total	N	2	1	65	5	2	75
		%	2,7%	1,3%	86,7%	6,7%	2,7%	
2014-15	1	N			54	0	2	56
		%			96,4%	0,0%	3,6%	
	2	N			47	1	2	50
		%			94,0%	2,0%	4,0%	
	Total	N			101	1	4	106
		%			95,3%	0,9%	3,8	

### **Experiencias con muertes cercanas.**

En ninguna de las circunstancias analizadas en este aspecto, se hallaron diferencias entre oleadas y cursos académicos, ni en el caso de haber tenido una muerte cercana ( $p=0,335$  y  $p=0,532$ , respectivamente), ni en la de haber visto morir a alguien ( $p=0,472$  y  $p=0,208$ , respectivamente), o en haber visto morir a alguien durante las prácticas ( $p=0,453$  y  $p=0,070$ , respectivamente).

### **Conocimiento de la Ley Muerte digna.**

En el curso 2013-14 en la oleada 1 conocían la Ley de Muerte Digna el 72,4% y en la oleada 2 el 72,7%, sin que hubiera diferencias significativas ( $p=0,564$ ).

En el curso 2014-15, en la oleada 1, conocían la Ley de Muerte Digna el 57,8%, frente al 93,9% de la segunda oleada, mostrando significación en estas diferencias ( $p=0,0001$ ).

### **Conocimiento sobre la voluntad vital anticipada.**

En el curso 2013-14, en la oleada 1, conocía la regulación de las voluntades vitales anticipadas el 88,5%, frente a un 89,4% en la segunda ( $p=0,554$ ).

En el curso 2014-15, en la oleada 1, tenían conocimiento de esta legislación el 84,4% y en la oleada 2 un 95,9% ( $p=0,002$ ).

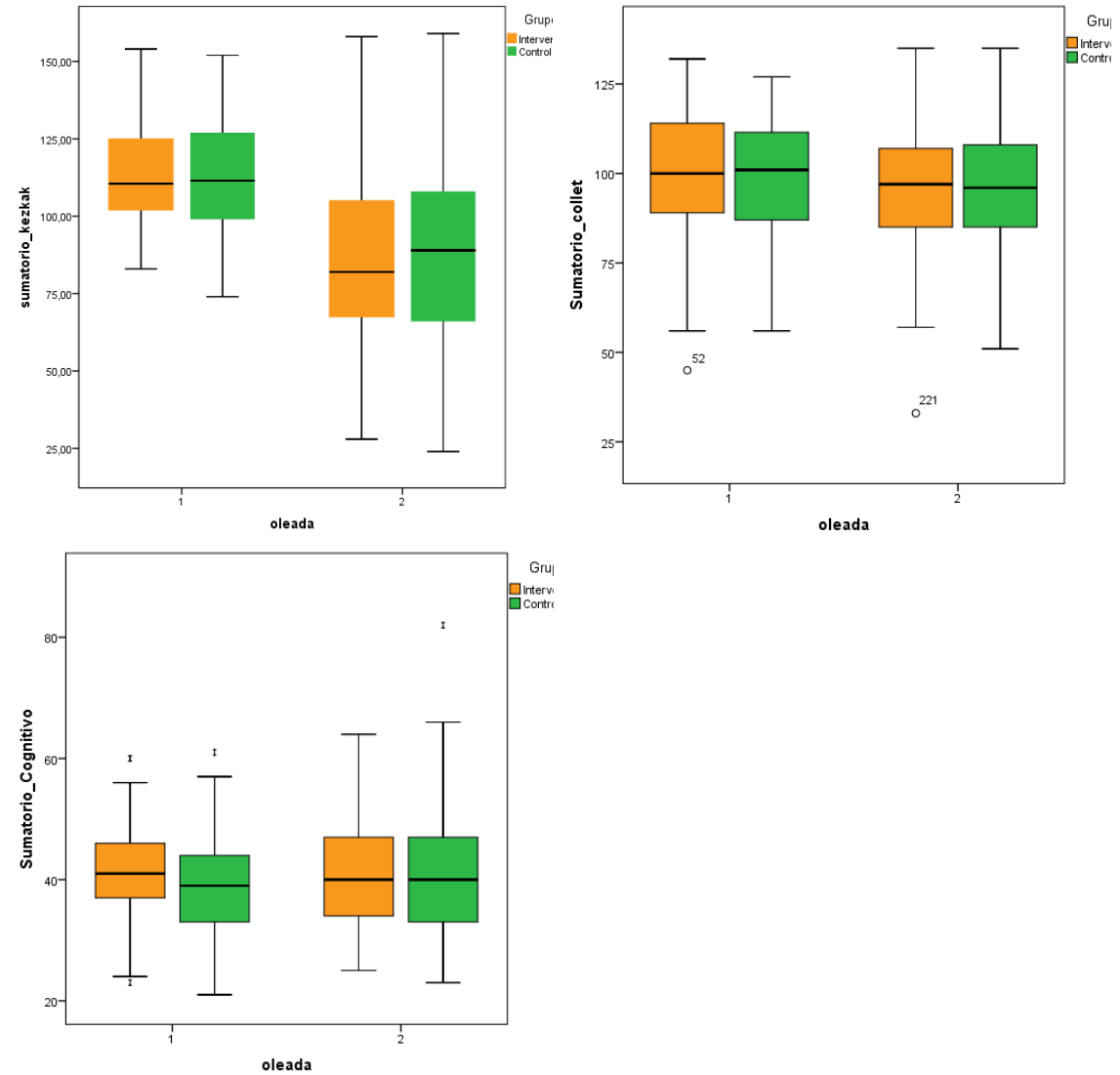
## 7.5. RESULTADOS DE ANSIEDAD ANTE LAS PRÁCTICAS, ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y TOMA DE DECISIONES POR PERÍODOS DE MEDICIÓN Y POR GRUPOS CONTROL E INTERVENCIÓN

El análisis por períodos de medición mostró una diferencia significativa en la ansiedad ante la muerte, con un descenso de 25.85 puntos en los valores de Kezkak, sin que se detectaran diferencias en la ansiedad ante la muerte o el cierre cognitivo (figura 2)

**Tabla 18: Diferencias en ansiedad ante las prácticas, ansiedad ante la muerte y toma de decisiones entre oleadas.**

	Basal			2ª Medición			
	Media (DE)	Mediana (RIC)	IC95%	Media (DE)	Mediana (RIC)	IC95%	P
Kezkak (Ansiedad ante las prácticas)	113.07 (16.99)	111.00 (25.00)	110.57 a 115.58	87,13 (27,59)	83,00 (39,75)	82,46 a 91,81	<0,0001
Collet-Lester (Ansiedad ante la muerte)	99,59 (17,087)	101,00 (24,00)	97,07 a 102,11	97,01 (18,14)	98,00 (24,00)	93,94 a 100,9	0,067
Toma de decisiones (Cierre cognitivo)	40,18 (7,79)	40,00 (10,00)	39,03 a 41,33	41,43 (9,69)	40,00 (13,00)	39,79 a 43,08	0,309

**Figura 2: Distribución de Kezkak, Collet-Lester y Cierre cognitivo por períodos de medición**



En el análisis por grupos, antes y después de la intervención (tabla 19), no se observaron diferencias significativas en ninguna de las tres variables de resultado principales en ninguna de las dos fases de evaluación.

**Tabla 19: Diferencias en ansiedad ante las prácticas , ante la muerte y cierre cognitivo antes y después de la intervención, en cada grupo.**

	(n <sub>control</sub> / n <sub>interv</sub> )	Pre Media (DE)		p / IC95%	Post Media (DE)		P / IC95%
		Control	Interv.		Control	Interv.	
Kezkak	(94/96)	112,42 (17,97)	113,84 (16,29)	0,569 (-3,49 a 6,32)	(82/79) 88,18 (29,79)	86,64 (25,52)	0,726 (-10,18 a 7,11)
Collet-Lester	(91/97)	99,38 (15,31)	100,03 (17,83)	0,791 (-4,15 a 5,44)	(77/78) 95,34 (17,87)	96,53 (18,80)	0,688 (-4,63 a 7,01)
Cierre cognitivo	(90/94)	39,39 (8,13)	41,28 (7,67)	0,107 (-4,11 a 4,18)	(70/74) 41,23 (10,06)	41,57 (9,25)	0,834 (-2,86 a 3,52)

## 7.6. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PRINCIPALES DE RESULTADO EN FUNCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

### Por género

La ansiedad ante las prácticas fue significativamente mayor en mujeres frente a hombres en la oleada 1, con una diferencia de medias de 8.74 puntos ( $p=0,003$ ), pero, que en la oleada 2 se difuminó, con una diferencia de medias de 1.71 puntos ( $p=0.737$ ).

En cuanto a la ansiedad ante la muerte, las diferencias por género fueron significativas de 8.93 puntos en favor de los hombres ( $p=0,002$ ) que, igualmente, se desvanecieron en la oleada 2, con una diferencia de 3.64 puntos ( $p=0,304$ ).

Por último, en el cierre cognitivo, no hubo diferencias significativas por género en ninguna de las oleadas (tabla20).

**Tabla 20: Diferencias en ansiedad ante las prácticas, ante la muerte y cierre cognitivo por género.**

OLEA DA	Género	N	Media	Desviación típica	p/ IC95%	
1	Mujer	148	115,07	16,96	0,003	
	Kezkak	Hombre	42	106,33	16,04	(-14,52 a -2.95)
	Mujer	147	101,67	16,31	0,002	
	Collet-Lester	Hombre	41	92,73	8,08	(-14.59 a -3,27)
	Mujer	143	40,15	7,90	0,511	
	Cierre cognitivo	Hombre	41	41,07	8,08	(-1,.65 a 3.70)

2	Kezkak	Mujer	118	85,71	26,18	0,737
		Hombre	35	84,00	27,44	(-11,77 a 8,35)
	Collet – lester	Mujer	115	96,35	18,72	0,304
		Hombre	34	92,71	15,66	(-10,61 a 3,33)
	Cierre cognitive	Mujer	109	41,13	9,43	0,360
		Hombre	30	42,97	10,69	(-2,12 a 5,79)

## Experiencia de muertes cercanas.

No se encontraron diferencias significativas en las variables de estudio entre quienes habían tenido una experiencia de muerte cercana y quienes no, en ninguna de las mediciones, comprobándose que este factor no afectaba a las variables evaluadas (tabla 21).

**Tabla 21: Relación entre ansiedad ante las prácticas, ante la muerte y toma de decisiones en función de haber tenido una experiencia de muerte cercana**

OLEADA		Experiencia de una muerte cercana	N	Media (DE)	p / IC95%
1	Kezkak	SI	160	113,66 (17,34)	0,593
		NO	26	111,73 (15,54)	(-5,19 a 9,07)
	Collet- Lester	SI	161	99,29 (16,95)	0,385
		NO	27	102,30 (14,48)	(-9,85 a 3,81)
	Cierre cognitivo	SI	155	40,61 (7,56)	0,111
		NO	26	37,96 (6,21)	(-0,61 a 5,91)
2	Kezkak	SI	137	87,66 (28,65)	0,475
		NO	21	83,00 (20,87)	(-8,19 a 17,52)
	Collet – lester	SI	134	95,93 (18,09)	0,996
		NO	21	95,95 (20,05)	(-8,53 a 8,49)
	Cierre cognitive	SI	123	41,15 (20,05)	0,291
		NO	20	43,60 (13,22)	(-7,02 a 2,12)

## Experiencia directa con la muerte

Haber presenciado de forma directa una experiencia de muerte no se asoció a modificaciones en la ansiedad ante las prácticas ( $p=0,060$ ) o



en el nivel de toma de decisiones ( $p=0,864$ ).

En cambio, en la ansiedad ante la muerte sí se detectaron diferencias significativas ( $p=0,025$ ), con una diferencia de medias de 5,15 puntos a favor de quienes no habían tenido experiencia directa con la muerte.

En cambio, en la oleada 2, desaparecieron estas diferencias ( $p=0,468$ ).

Por último, en el cierre cognitivo, no hubo diferencias significativas por género en ninguna de las oleadas (tabla22).

**Tabla 22: Impacto de haber tenido una experiencia vivencial directa con la muerte en las variables de estudio.**

OLEA DA	SUMA	Visto morir	N	Media	DE	P/ IC95%
1	Kezkak	SI	123	111,71	16,58	0,060 (-0,21a 10,15)
		NO	63	116,68	17,66	
	Collet- Lester	SI	125	97,99	18,28	0,025 (0,12 a 10,17)
		NO	63	103,14	12,28	
	Cierre cognitivo	SI	119	40,16	8,28	0,864 (-2,22 a 2,64)
		NO	62	40,37	6,99	
2	Kezkak	SI	108	84,99	28,29	0,172 (-2,85 a 19,83)
		NO	50	91,48	26,22	
	Collet – lester	SI	106	95,21	18,49	0,468 (-3,95 a 8,55)
		NO	49	97,51	17,96	
	Cierre cognitive	SI	98	41,06	10,00	0,433 (-2,06 a 4,78)
		NO	45	42,42	8,68	

## Visto morir en prácticas

La ansiedad ante las prácticas fue significativamente mayor en los que no habían visto morir a alguien en la oleada 1, con una diferencia de medias de 6.08 puntos , ( $p= 0,036$ ) pero, en la oleada 2 se pierde esta diferencia, con una diferencia de medias de 4,18 puntos ( $p=0,468$ ).

En cuanto a la ansiedad ante la muerte, las diferencias en haber visto morir en el ámbito de las prácticas no fueron significativas en ninguna de las oleadas.

Por último, en el cierre cognitivo, no hubo diferencias significativas en ninguna de las oleadas (tabla 23).

**Tabla 23: Impacto de haber visto morir a alguien, en las variables principales de resultado.**

OLEADA	SUMA	Visto morir	N	Media	DE	P/ IC95%
1	Kezkak	SI	140	111,89	16,88	0,036 (0,41 a 11,75)
		NO	46	117,97	17,00	
	Collet-Lester	SI	142	98,91	17,25	0,242 (-2,24 a 8,86)
		NO	46	102,22	14,38	
	Cierre cognitivo	SI	136	40,21	7,66	0,938 (-2,56 a 2,75)
		NO	45	40,31	8,38	
2	Kezkak	SI	127	86,44	27,83	0,468 (-7,17a 15,53)
		NO	29	90,62	28,29	
	Collet – lester	SI	124	95,35	18,54	0,454 (-4,65 a 10,36)
		NO	29	98,21	17,90	
	Cierre cognitive	SI	113	41,63	9,57	0,952 (-3,88 a 4,13)
		NO	28	41,75	9,72	

## Variable Conocimiento de ley muerte digna

Con respecto a la ansiedad ante las prácticas, no se detectaron diferencias en las puntuaciones en función del conocimiento o no de la Ley de muerte Digna, en ninguna de las dos oleadas.

En cambio, la ansiedad ante la muerte sí obtuvo cambios, de manera que en la primera oleada no había diferencias en función de conocer esta Ley o no ( $p=0,114$ ), pero, en la segunda sí, con una diferencia entre medias de 9,93 puntos ( $p=0,024$ ).

Por último, en el cierre cognitivo, no hubo diferencias significativas en ninguna de las oleadas (tabla24).

**Tabla 24: Relación entre el conocimiento de la ley de Muerte Digna y las variables de estudio.**

OLEADA	Variable	Conoc Ley Muerte Digna	N	Media	DE	p/IC95%
1	Kezkak	SI	124	112,53	17,97	0,33
		NO	62	115,12	15,09	(-2,64 a 7,83)
	Collet-Lester	SI	126	98,37	17,45	0,114
		NO	62	102,45	14,52	(-0,98 a 9,14)
	Cierre cognitivo	SI	122	39,84	8	0,33
		NO	59	41,05	7,5	(-1.224a 3.67)
2	Kezkak	SI	138	85,8	28,1	0,141
		NO	20	95,6	24	(-3,26 a 22,85)
	Collet-Lester	SI	134	97,28	18,21	0,024
		NO	18	87,35	17,28	(-18,49 a -1,35)
	Cierre cognitivo	SI	124	41,15	9,27	0,207
		NO	18	44,22	11,66	(-1,71 a 7,85)

## Nivel de conocimiento de la legislación sobre voluntades anticipadas

El conocimiento de la legislación sobre voluntades anticipadas mostró diferencias en la variable ansiedad ante las prácticas en la oleada 1 de 9,52 puntos ( $p=0,018$ ), siendo superior en los que no la conocían, desapareciendo esta diferencia en la oleada 2 ( $p=0,072$ ).

En cuanto a la ansiedad ante la muerte el nivel de conocimiento de las voluntades anticipadas muestra una diferencia entre medias a favor de no la conocen de 7,48 puntos ( $p=0,042$ ), que se desvanece en la segunda oleada ( $p= 0,128$ ).

En el cierre cognitivo no hay diferencias entre oleadas (tabla 25).

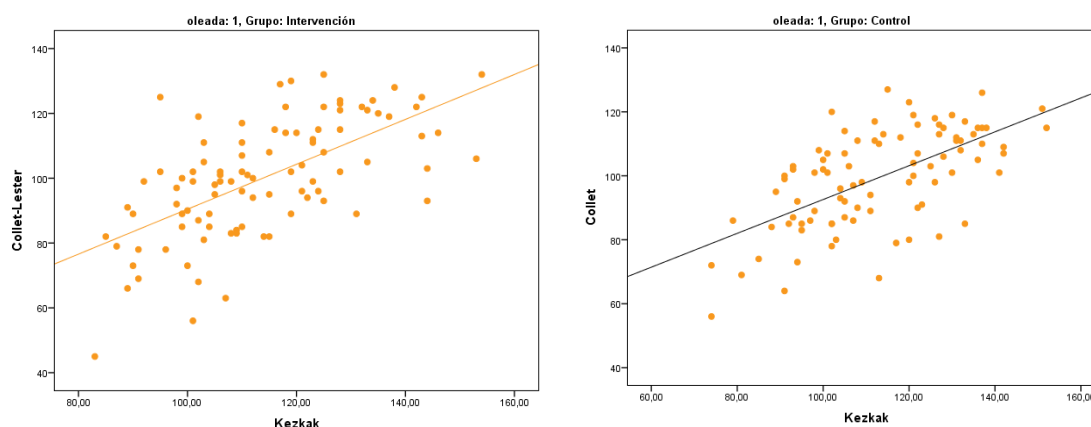
**Tabla 25: Relación entre el conocimiento de la Ley Voluntades Anticipadas y variables de estudio.**

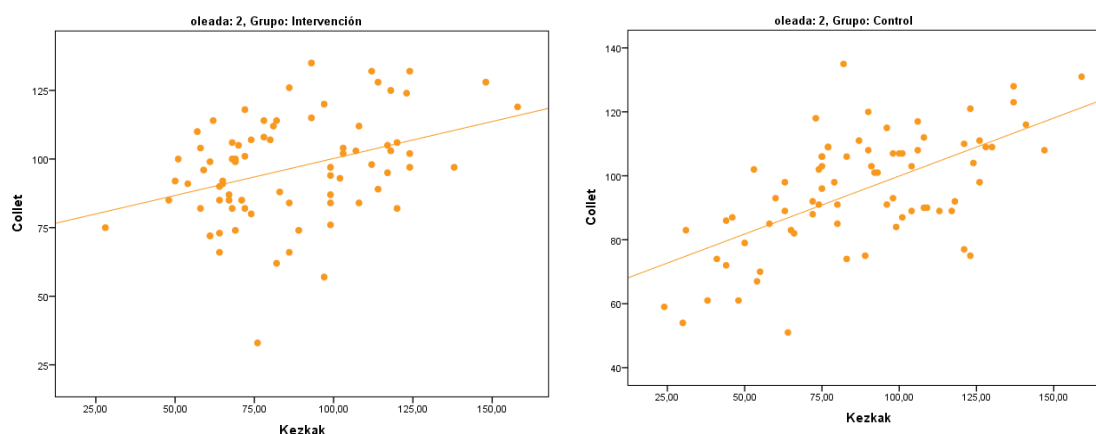
Oleada	Variables	Conoc VVAA	N	Media	DE	p/ IC95%
1	Kezkak	SI	166	112,37	17,23	0,018
		NO	20	121,90	13,12	(1,65 a 17,40.)
	Collet-Lester	SI	168	98,37	16,87	0,042
		NO	20	106,85	12,55	(0,28 a 15,67)
	Cierre cognitivo	SI	161	40,07	7,81	0,445
		NO	20	41,50	8,23	(-2,25 a 5.10)
2	Kezkak	SI	161	86,62	27,10	0,072
		NO	6	107,33	24,10	(-1,84 a 43,26)
	Collet – lester	SI	147	95,68	18,21	0,128
		NO	6	107,17	17,97	(-3,34 a -26,42)
	Cierre cognitivo	SI	135	41,41	8,60	0,958
		NO	6	41,17	11,40	(-8,22 a 11,70)

## 7.7. RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE, ANSIEDAD ANTE LAS PRÁCTICAS Y CIERRE COGNITIVO

Se analizó la correlación entre estas tres variables, encontrándose una correlación significativa y positiva entre la ansiedad ante la muerte y la ansiedad ante las prácticas, en la fase pre, tanto en el grupo intervención ( $r=0.63$ ;  $p<0.0001$ ), como en el control ( $r=0.61$ ;  $p<0.0001$ ). En la fase post, esta correlación se mantuvo, aunque descendió notablemente en el grupo intervención. Así, en el grupo intervención la correlación fue de  $r=0.36$  ( $p=0.01$ ) y en el control de  $r=0.61$  ( $p<0.0001$ ). (Figura 3)

**Figura 3: Correlación entre ansiedad ante las prácticas y ansiedad ante la muerte, entre momentos de seguimiento.**





Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal para determinar la asociación entre esta correlación detectada, comprobándose que la ansiedad ante la muerte, junto con la oleada, se asociaban significativamente con la ansiedad ante las prácticas.

Este modelo obtuvo un  $R^2$  de 0.46 de este modo, los estudiantes con mayor ansiedad ante la muerte presentan mayor ansiedad ante las prácticas y la oleada 2 se asociaba inversamente con la presencia de ansiedad antes las prácticas, es decir, disminuía (tabla 26).

**Tabla 26: Regresión lineal ansiedad ante las prácticas, ajustada por oleada y ansiedad ante la muerte.**

	B	P	IC95%	
			Inf	Sup
(Constante)	68,282	,000	54,565	81,999
Oleada	-23,675	,000	-27,820	-19,530
Collet-Lester	,690	,000	,572	,807

## CAPITULO 8. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio era determinar las diferencias en la ansiedad ante las prácticas de estudiantes de 4º de Grado de Enfermería mediante la utilización de visionado de películas en el seno de la asignatura "Paciente Crítico y Frágil". En este sentido, nos hemos encontrado con diferencias positivas en los beneficios del uso del cine como estrategia de simulación ante situaciones complejas, de difícil manejo (en este caso, procesos oncológicos).

Los resultados nos muestran que los estudiantes de la asignatura de 4ª Grado de Enfermería donde se lleva a cabo la investigación, tanto el grupo control como el grupo intervención forman un conjunto bastante homogéneo en lo que a percepción de ansiedad ante las prácticas se refiere, y observamos cómo se produce un cambio al finalizar el proyecto, pero sorprendentemente, este cambio se ha producido en el conjunto de la población, aunque el descenso ha sido más notable en el grupo intervención. Destacar también, que este cambio se produce en mayor magnitud especialmente en el segundo curso en donde se repite el proyecto. En el primer curso, hubo una gran migración en la última intervención del grupo muestral, quedando la muestra muy pequeña para poder obtener resultados concluyentes, aunque sí nos la dio sumando las oleadas de ambos cursos. Los motivos que causaron un abandono importante del grupo intervención en el

primer curso fueron varios: una mala utilización del campus virtual, además de que la sobrecarga de evaluaciones y trabajos de la asignatura coincidieron con el último pase de películas y los alumnos decidieron dar prioridad a lo puntuable (el estudio era de naturaleza voluntaria) y, lo más referido por los alumnos cuando se les hizo la entrevista grupal, fue que no entendieron el enunciado de la tarea a realizar en la última intervención, a pesar de que el proyecto completo estaba colgado en el campus, se guiaban solo por el enunciado puntual. En este punto podríamos asumir tal y como refirieron Cano González (2009) y Castillo Parra (2014), que hubo márgenes de mejora en la utilización de los medios orientadores. De esta reflexión podemos extraer la importancia del papel del docente como inductor y creador de estrategias didácticas y en su calidad de guía para conseguir el éxito (Bettancourt et al. 2011). Para comprender por qué el segundo curso tuvo mejor respuesta y, por tanto, el cambio fue más notorio, no solo en el grupo intervención -que es donde más se manifestó-, sino en la población completa, debemos emplazarnos en el seno de la asignatura “Cuidados críticos y Paciente frágil” y tener en cuenta que, además de las medidas correctoras llevadas a cabo, como fueron dar explicaciones más detalladas al grupo intervención sobre la tarea a realizar en cada ocasión, el docente de la asignatura decidió retroalimentar cada fase para favorecer la motivación haciendo partícipes a los estudiantes de la transformación del conocimiento que se producía después de cada



intervención, con el fin de motivar al estudiante haciéndolo consciente de su proceso evolutivo (no se hizo de manera individual, sino grupal). Como bien destacan Isern et al. (2010) la evaluación se entiende como un proceso dinámico, continuo y sistemático dirigido a la verificación de los logros adquiridos en función de los objetivos propuestos, en el que es necesario el intercambio entre docente y discente. Así la evaluación permite adaptar los programas educativos a las características de los alumnos y detectar los puntos débiles para corregirlos y obtener el máximo rendimiento de cada uno.

Por último otro argumento que puede explicar el porqué de los resultados obtenidos, es que el contenido de esta asignatura ya reunía material didáctico visual en algunos temas, independientemente de los materiales que se incorporaron y que conformaban la base donde se sustentaba el trabajo de investigación, con acceso único para el grupo intervención y restringido para el resto; pero debemos destacar que en el segundo curso la profesora con la finalidad de mejora de su asignatura incorpora más contenidos visuales no restringidos, y que consideramos estaban vinculados de forma directa con el proyecto. Esto puede darnos una explicación del porqué, a pesar de producirse un mayor cambio en el grupo intervención, también se han producido diferencias en el grupo control.

El hecho de que el efecto de cambio se haya producido en toda la población de estudio nos llevaría a coincidir con algunos autores

(Halamek 2010; González de Dios, Tasso Cereceda, y Ogando Díaz 2012; Oh, Kang, y De Gagne 2012; Icart Isern et al. 2008; Gregerson 2013; Klemenc-Ketis y Kersnik 2011) sobre la función que ejerce el cine desde el punto de vista de la educación, ampliando nuestro mundo, permitiéndonos experimentar otros puntos de vista, mostrándonos situaciones o conflictos que nos permiten desarrollar aptitudes y actitudes, dejándonos liberar tensiones en los momentos difíciles lo que nos permite situarnos rápidamente ante el hecho, contribuyendo e influyendo a través de la crítica y la reflexión a la toma de decisiones, permitiéndonos practicar, aprender, evaluar, probar o adquirir conocimientos de sistemas o actuaciones humanas.

En este proyecto el entrenamiento reflexivo, el utilizar los conocimientos, las habilidades o competencias aprendidas para llegar al juicio clínico en una práctica simulada a través de los fragmentos de películas, trabajo que realizaba el grupo intervención, ha sido el motivo de la diferencia entre los grupos.

En la población completa que ha participado (control e intervención) encontramos una mayor presencia femenina, reflejo de la tradicional tendencia de las titulaciones de Ciencias de la Salud, como refieren (Vicente y Delgado 2009; Bosch, Aribau, y Rodríguez 2010), curiosamente en la última década hay un incremento de la feminización en las profesiones sanitarias por muchos factores influyentes, en las filas de los profesionales de la enfermería persiste debido a una serie

de valores culturales entre los que se encuentra la asignación de roles en base a la desigualdades de género. Esto no ha cambiado, o cambia muy lentamente, ya que los patrones de comportamiento androcéntricos (que le exigen priorizar sus roles de madre y esposa) y corporativistas, son difíciles de erradicar.

Los resultados nos indican que las mujeres mostraron mayor ansiedad ante las prácticas que los hombres, este dato ya ha sido constatado por investigadores precedentes (Colell Brunet y others 2005; García et al. 2014; Iglesias Parra 2011; López y López 2011) que nos indican cómo los factores sociodemográficos están asociados a los niveles de estrés refiriendo que las mujeres muestran mayor estrés en relación a las situaciones emocionales. En nuestro caso esta diferencia se difuminó al finalizar el estudio, lo que nos argumenta que el entrenamiento de simulación que han realizado a través del material propuesto, en el que no solo se trataba de visualizar enfermedades, sino de que los estudiantes pudieran integrarse y vivenciar como protagonistas a través de un trabajo reflexivo, como es llegar a un juicio clínico sobre respuestas humanas, individuales, de la familia y/o de la comunidad ante problemas de salud en diferentes contextos culturales y diferentes sistemas de valores, les ha brindado la oportunidad de provocar cambios en sus actitudes.

Con respecto al análisis de las diferencias en la ansiedad ante la

muerte, cabe señalar que la medición de este constructo en el ámbito de la salud es relevante, por la importante carga de evitación que tiene en la sociedad a la que no escapan futuros profesionales de la salud, por formar parte de la sociedad y, por tanto, estar impregnados potencialmente de toda la carga cultural de negación que conlleva. En nuestro estudio no se han detectado diferencias significativas en la medición sobre la ansiedad ante la muerte entre la recogida de datos previa a la intervención y posterior a la misma. Tal y como lo demuestran los autores de la escala de Collett-Lester el miedo a la muerte es un concepto multidimensional y por lo tanto las actitudes hacia la muerte se desarrollan gradualmente a través del tiempo. También en esta línea, otros autores como (Sanford et al. 2011; Komprood 2013) indicaban en sus trabajos que en el campo de la Oncología, que es en el que está basado nuestro estudio, hay evidencia de que la ansiedad ante la muerte disminuye cuando mayor sea la experiencia del estudiante de Enfermería con este campo y con la atención al enfermo oncológico, aunque también las creencias y valores previos han emergido en algunos estudios con alumnos de Enfermería de cursos superiores (Adesina, DeBellis, y Zannettino 2014), en un trabajo cualitativo se destacan cinco temas que surgieron de su análisis: la importancia de los valores de los estudiantes y las creencias, la influencia de la experiencia, sus puntos de vista sobre lo que constituye una muerte buena o mala, su conocimiento de la ética

y la legislación que rodea la atención al final de su vida útil, y la forma en que perciben su nivel de educación y el conocimiento. Mostraban resultados significativamente más altos en los conocimientos y las actitudes hacia la atención al final de la vida para los estudiantes más adelantados en el plan de estudios en contraposición a los estudiantes al principio del programa, los que habían tenido experiencia previa como trabajadores de la salud se sentían más cómodos en el final de la vida que los estudiantes que no tenían tales experiencias. A este respecto, hay que señalar que en nuestro estudio, no se encontró asociación alguna entre el nivel de creencias religiosas previas y las variables en estudio. Incluso, en estudios previos se ha comprobado que las actitudes y competencias ante la muerte son modificables en sentido positivo mediante estrategias de simulación (Pfitzinger Lippe 2015). Posiblemente, el tipo de variables de resultado empleada en los estudios tenga que ver con las diferencias encontradas, ya que no es lo mismo evaluar la ansiedad ante la muerte, que la competencia percibida ante la situación de muerte.

En nuestro estudio, sí encontramos una correlación significativa y positiva entre la ansiedad ante la muerte y la ansiedad ante las prácticas, en la fase previa a la intervención en el grupo poblacional completo, es decir los estudiantes con mayor ansiedad ante a muerte presentaban una mayor ansiedad ante las practicas. Después de finalizada la intervención, esta correlación se mantuvo, aunque

descendió notablemente en el grupo intervención.

De nuevo debemos situarnos en la totalidad del contenido de la asignatura donde se lleva a cabo el proyecto, destacando que dentro de los contenidos de la misma se tratan los cuidados paliativos, el sufrimiento y el final de la vida. La profesora titular de la asignatura utiliza como material de aprendizaje medios audiovisuales, literatura y guías prácticas entre otros, esto ha podido favorecer a que en el grupo completo se hayan fomentado unas actitudes adecuadas que han permitido disminuir la ansiedad ante la muerte. El hecho de que en el grupo intervención el descenso de la ansiedad ante la muerte haya sido más notable nos ratifica que el haber trabajado a través de los fragmentos de películas acercándolos al mundo del paciente oncológico les ha permitido desarrollar habilidades cognitivas, haciendo uso del pensamiento crítico explicando, en las tres intervenciones de las que han sido participes, lo que piensan y como llegaron a esa decisión, teniendo opción de mejorar sus opiniones previas, estrategias todas ellas que desarrollan habilidades reflexivas eficaces para usarlas en la prestación de cuidados del paciente y que facilitan la toma de decisiones para solucionar problemas, capacitando al cambio de actitudes a partir de un programa educativo (Colell Brunet et al. 2005) que ayude a reparar emocional y profesionalmente al futuro enfermero, sin olvidar que en el cambio influirán muchos factores. No obstante, cabe añadir que recientemente se ha

identificado en nuestro país cómo en estudiantes de Enfermería, las competencias sociales y emocionales cobran un papel importante en la ansiedad ante la muerte, de manera que la atención a los sentimientos propios, la resiliencia y la autoestima actúan como predictores de la ansiedad ante la muerte (Edo-Gual et al. 2015). Estos elementos no fueron evaluados en nuestro estudio y podrían también explicar en parte los resultados obtenidos.

En la ansiedad ante la muerte, las diferencias por género también fueron significativas en la fase previa a la intervención, en esta ocasión en favor de los hombres, pero igualmente al finalizar el estudio se desvanecieron. Remontándonos a otras investigaciones sobre la influencia de factores sociodemográficos asociados (Colell Brunet y others 2005; García et al. 2014; Iglesias Parra 2011; López y López 2011) se ha constatado que en los hombres el estrés se asocia más al desconocimiento ante situaciones clínicas no controladas, lo que podría dar alguna explicación a nuestros resultados.

En cuanto al análisis de las diferencias en el nivel de cierre cognitivo, los resultados no han ofrecido diferencias en este aspecto en ninguna de las mediciones efectuadas. A pesar de que el conflicto decisional y cierre cognitivo evalúa la incertidumbre y dificultad para identificar qué curso de acción tomar frente a diferentes alternativas que nos ofrecen tanto beneficios como riesgos, -situación que se reproduce con

frecuencia en el entorno oncológico, no ha mostrado en nuestros resultados ningún cambio en la población de estudio. Consideramos que al tratarse este proyecto de una simulación que crea escenarios que representan la realidad, pero sin llegar a ser situaciones reales no llega a crear las tensiones de la experiencia en la práctica, sino por el contrario y coincidiendo con Halamek (2010), nos permite “pensar sin dañar a otros”, lo que hace que la preocupación sobre la solución de problemas, toma de decisiones y cierre cognitivo les provoque menor ansiedad, al menos de forma urgente, ya que es un aprendizaje de desarrollo. En la misma línea Horcajo et al. (2011) refieren que en general, se asume que las personas varían a lo largo de un continuo que iría desde una fuerte necesidad de evitar el cierre cognitivo hasta una fuerte necesidad de alcanzar un cierre cognitivo.

Por último, en cuanto a la influencia de las experiencias previas de contacto cercano con la muerte (en la vida cotidiana o en las prácticas) y el conocimiento de la legislación sobre muerte digna y voluntades anticipadas, sobre la ansiedad ante las prácticas y ante la muerte, los resultados nos indican cómo no haber presenciado previamente la muerte implica un aumento en la ansiedad ante la misma y también ante las prácticas y, sin embargo al finalizar el estudio, las diferencias se difuminan. Este resultado apunta claramente a una influencia sociocultural previa importante sobre la noción de muerte en los



estudiantes. Explicaríamos esto hecho como que el poseer conocimientos sin haber tenido la experiencia práctica en situaciones de alto nivel de estrés como puedan ser el sufrimiento, la desesperanza, los afrontamientos ineficaces, situaciones que tienen que ver con el proceso del morir o con la enfermedad grave y/o crónica avanzada, pueden provocar en el alumno sensación de impotencia e inseguridad al plantearse la dicotomía entre teoría y práctica, es decir si sabrán utilizar las competencias aprendidas en la teoría. Estamos hablando de alumnos en su último curso, 4º de Grado de Enfermería que ya tienen un bagaje en prácticas clínicas y en este curso las han realizado en unidades donde los pacientes pasan por experiencias de gran vulnerabilidad y fragilidad humana.

El hecho de trabajar estrategias innovadoras que han incluido experiencias de la práctica a través de simulaciones, desarrollando el pensamiento reflexivo en busca de un juicio clínico correcto y unos resultados medibles, unido a la oportunidad de paralelamente tener experiencias prácticas reales similares, puede haber influido en la disminución de la ansiedad frente a las prácticas. Según Komprood (2013), Sanford et al. (2011) y Baños y Pérez (2005), la educación de Oncología en pregrado puede ser eficaz, para fomentar que se soliciten más las prácticas en este área y ayuden a cambiar la actitud de huida que suelen provocar estos pacientes por la intensa implicación emocional que involucra a los profesionales que los atienden. Aumentar

el conocimiento, las competencias y habilidades, puede ser fundamental para infundir actitudes positivas e incentivar más el desarrollo en este campo.

El conocimiento sobre la Ley de muerte digna y el nivel de conocimiento de la voluntad vital anticipada en el curso 1 desde la primera intervención hasta finalizado el estudio sufre un cambio notorio en cuanto al aumento del conocimiento de estas leyes, pero no presentó ninguna significación entre grupos control e intervención, creemos debido a un error tipo II por insuficiente muestra para detectar estas diferencias. Tenemos que puntualizar que esta ley y la normativa de voluntades anticipadas ya son contenido didáctico en un curso precedente y en este 4º curso forman parte de la asignatura "Cuidados Críticos y Paciente Frágil", constituyendo el tercer tema dedicado a la Ética de los cuidados ante la cronicidad y la muerte, donde la profesora de la asignatura antes de emplazar este proyecto en su asignatura, ya utilizaba material visual, (cortometraje con una descripción muy gráfica). En el siguiente curso vemos cómo al finalizar el estudio prácticamente la totalidad de la población de estudio conoce la Ley de la muerte digna, marcando diferencias muy significativas, y conocían las voluntades vitales anticipadas en un 95,9 %, diferencia que se mantiene al unir en el análisis ambos cursos, en la última oleada de encuestas, es decir al finalizar el estudio.

Este hecho de tener conocimiento sobre la ley no presentaba ninguna

significación al comienzo del proyecto en relación con la ansiedad ante la muerte y tampoco en relación con la ansiedad ante las prácticas, sin embargo al finalizar el estudio sí presenta una influencia significativa modificando la ansiedad ante la muerte, aunque no muestra ninguna influencia en la ansiedad ante las prácticas. El contacto con la muerte genera sentimientos de impotencia, de sufrimiento e inquietud, en los estudiantes, incluso en los profesionales, que viene de la inseguridad que conlleva el enfrentarse a la desesperanza y al miedo a la muerte. En nuestro proyecto hemos intentado mostrar a través de los fragmentos de películas, incluyendo la elección del orden de exposición de las mismas que la diversidad del morir es tan amplia como la del vivir. Creemos que el hecho de que en la Ley de Derechos y Garantías de las Personas ante el Proceso de la Muerte regule los deberes de los profesionales sanitarios encargados de la atención a personas ante el proceso de muerte, el hecho de que se limiten las medidas de soporte vital innecesarias evitando la obstinación terapéutica y se garantice a las personas un adecuado cuidado y comodidad, y de igual forma, se procure apoyo a la familia de la persona en situación terminal, incluyendo la atención al duelo, cumpliendo así con los compromisos profesionales del cuidar, ha influido en los estudiantes respecto a la ansiedad ante la muerte, consideramos este resultado como positivo en cuanto a la concienciación de la responsabilidad que recae en el personal de Enfermería ante estas situaciones, por el tiempo que pasa

junto al enfermo y su familia en un momento donde el cuidar es el principal protagonista y esto puede provocarles confrontaciones personales para afrontarlo. Coincidiríamos en ello con Oh, Kang, y De Gagne (2012), Klemenc- Ketis y Kersnik (2011), González de Dios, Tasso Cereceda, y Ogando Díaz (2012) en sus estudios realizados en el campo de Enfermería y medicina oncológica y paliativa en donde los participantes referían que la visión de las películas los había llevado a la reflexión sobre sus actitudes ante la vida, la muerte y otras situaciones difíciles. Aunque esto los llevaba a resistencias personales o dilemas éticos, existía coincidencia entre los educadores que utilizan el cine como estrategia educativa que indican que de una forma magistral éste se convierte en una espejo donde realizar un análisis interno (debilidades y fortalezas) y externo (amenazas y oportunidades), permitiendo reforzar lo positivo y modificar lo negativo, contribuyendo al desarrollo de la autonomía, la crítica y la reflexión en busca de una toma de decisiones más responsables basadas en la empatía, la escucha, la implicación, la relación paciente-profesional, permitiéndonos potenciar el lenguaje no verbal o descubrir la importancia de la observación. Como bien indican Colell Brunet et al. (2005) y Salovey et al. (1995), la importancia de unas buenas relaciones interpersonales y el respeto de los valores además de que en la medida en que la muerte es asumida y no negada, ayudan a que el duelo no solo sea más fácil de elaborar, sino que puede convertirse

en una experiencia de crecimiento y humanización. Respecto al nivel de conocimiento de las voluntades anticipadas presenta influencias sobre la ansiedad ante las prácticas y la ansiedad ante la muerte y a mayor conocimiento de esta normativa, disminuye ligeramente la ansiedad ante las prácticas y en mayor nivel disminuye la ansiedad ante la muerte. Esto podría tener su explicación, en que la declaración de voluntad vital anticipada responsabiliza de esta información para mejorar la accesibilidad a las personas afectas de este documento no solo a los profesionales sanitarios responsables del proceso sino que lo declara como un deber para todo el personal sanitario encargado de la atención sanitaria en general, lo refuerce. Esto supone una gran responsabilidad y un saber enfrentarse a situaciones difíciles y desarrollar un cuidado de relación y comunicación en el que el respeto al paciente en sus decisiones, sea máximo y para conseguirlo hay que empatizar y saber hacer preguntas abiertas, y aumentar las habilidades en el lenguaje no verbal. Muchos autores describen que las enfermeras después de una formación al respecto, cambian la confianza y la comunicación con los pacientes mejorándola (Hench et al., 2013; Markides 2011; Remmers, 2009; Berger y Gelkopf 2011; Potter et al. 2013; Kamal, LeBlanc, y Meier 2016). Entrenando las actitudes hacia el final de la vida y los problemas existencialistas se ven desde otra dimensión y hablar de ellas disminuye la ansiedad.

## **CAPITULO 9.-CONCLUSIONES**

1. Existe una correlación significativa y positiva entre la ansiedad ante la muerte y la ansiedad ante las prácticas. Finalizada la intervención, esta correlación se mantuvo, aunque descendió notablemente en el grupo intervención.
2. Se han identificado diferencias de género en la ansiedad ante la muerte, teniendo los hombres, antes de la intervención mayor nivel de ansiedad ante este acontecimiento vital, desapareciendo tras finalizar el estudio.
3. No ha habido ningún cambio significativo en la toma de decisiones y cierre cognitivo.
4. Las creencias religiosas previas no han mostrado asociación con las variables de estudio.
5. El no haber tenido experiencia en haber visto morir en la vida cotidiana implica un aumento en la ansiedad ante la muerte y ante las prácticas, previo a la intervención y se difuminan ligeramente al finalizar el estudio.
6. El no haber tenido experiencia en haber visto morir en las prácticas aumentaba la ansiedad ante las prácticas, modificándose al finalizar el proyecto.

7. El conocimiento sobre la Ley de muerte digna parece tener una influencia significativa sobre la ansiedad ante la muerte, aunque no muestra ninguna influencia en la ansiedad ante las prácticas.
8. El nivel de conocimiento de las voluntades anticipadas presenta relación sobre la ansiedad ante las prácticas y la ansiedad ante la muerte y a mayor conocimiento de esta normativa más disminuye la ansiedad ante la muerte y un ligero descenso en la ansiedad ante las prácticas.
9. El uso del cine ha permitido abordar con estudiantes de último año de Grado en Enfermería escenarios de difícil comprensión y aprehensión, en los que abundan los dilemas éticos por la dificultad de los contextos.

## **CAPITULO 10.-LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El número reducido de la muestra ha supuesto una dificultad, ya que podemos estar rechazando diferencias que si contáramos con grupos más numerosos sí podrían alcanzar significación estadística. El hecho de la voluntariedad en la participación y en no formar parte el proyecto de una evaluación puntuable para los participantes ha derivado en la no contestaciones y/o migración de la población.

Por otra parte, el emplazamiento de la muestra dentro de una asignatura que lleva incorporados contenidos didácticos visuales, y que independientemente, ha sufrido transformaciones entre cursos ha menguado el poder ver mayores diferencias entre los grupos o significaciones más acordes con las intervenciones que se han llevado a cabo en el proyecto, extrapolando las diferencias al total de la población.

La utilización incorrecta del campus virtual como sustituto del docente en la explicación de cada paso de las diferentes intervenciones en el primer curso donde se implanta el proyecto, dio lugar a desorientar a los participantes del grupo intervención.

Y por último, otro factor limitante es que a pesar de que se les pidió a todo el grupo que mantuvieran confidencialidad y secreto ante la investigación y que el grupo control no tuviera acceso a los fragmentos



de películas adicionales, al realizarse por el campus virtual nunca sabremos con seguridad si se mantuvieron totalmente al margen.

## **CAPITULO 11.- PROSPECTIVA**

Esperamos seguir trabajando e invitar a otros investigadores a profundizar en las estrategias de aprendizaje que hemos utilizado en este estudio.

Igualmente, la búsqueda de resultados NOC a conseguir para paliar y/o ayudar a las personas en su problema de salud y las intervenciones NIC utilizadas para ello, pueden darnos también unos resultados interesantes, respecto a cómo estamos enseñando a ser enfermeros, aumentando potencialmente el razonamiento crítico en el desarrollo de los estudios

Otra línea de investigación interesante sería el uso cinematográfico para el análisis cualitativo de aspectos reflexivos y valores de los estudiantes.

Este diseño de investigación puede ser extrapolable a otras titulaciones, incluso cursos, y niveles (postgrado, máster). Así como su uso en postgrado en enfermeras asistenciales.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, María del Carmen Llantá, Jorge Grau Abalo, Coralía Massip Pérez, Tania Pire Stuart, Miguel S. Rivero López, y Godeleva Rosa Ortiz Viveros. 2014. «La esperanza en el paciente oncológico: hacia una reconceptuación». *Psicología y Salud* 15 (2): 187–194.
- Adesina, O., DeBellis, A., & Zannettino, L. (2014). Third-year Australian nursing students' attitudes, experiences, knowledge, and education concerning end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(8), 395–401. <http://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.8.395>
- Alarcón, Wilson Astudillo, y Carmen Mendinueta. 2009. «El efecto terapéutico del buen humor en los cuidados paliativos: a propósito de Patch Adams (1998) y Planta 4ª (2003)». *Revista de medicina y cine* 5 (1): 30–38.
- Anderson, N., L. Booth, J. Catalano, L. Gaines, M. Horner, S. McCormick, y others. 2000. «Critical thinking process test: Development and technical report». Educational Resource Inc. Retrieved October 28: 2006.
- Andreou, Christos, Evridiki Papastavrou, y Anastasios Merkouris. 2014. «Learning Styles and Critical Thinking Relationship in Baccalaureate Nursing Education: A Systematic Review». *Nurse Education Today* 34 (3): 362–71.
- Arbizu, J. P. 2009. «Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento». En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24:173–178.
- Arritxabal, I. E., Soler, Á. G., Da Silva, A. I., Artola, E. U., González, I. L., Veiga, P. D., & Lezaun, J. J. Y. (2011). Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(4), 206–212.
- Astudillo, Wilson, y Carmen Mendinueta. 2005. «¿?` Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal». *Ars Médica* 11 (11). [http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/aspectos-psicosociales/comunicacion/como\\_mejorar\\_comunica\\_fase\\_terminal.pdf](http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/aspectos-psicosociales/comunicacion/como_mejorar_comunica_fase_terminal.pdf).

- Astudillo Alarcón, W. y Mendinueta Aguirre, C. (2007). El cine en la docencia de la medicina: cuidados paliativos y bioética. [Versión electrónica]. "Revista de Medicina y Cine", 3, 32-41
- Bahti, Tani. 2010. «Coping Issues among People Living with Advanced Cancer». *Seminars in Oncology Nursing* 26 (3): 175-82. doi:10.1016/j.soncn.2010.05.001.
- Bakker, Debra, Judith Strickland, Catherine Macdonald, Lorna Butler, Margaret Fitch, Karin Olson, y Greta Cummings. 2013. «The Context of Oncology Nursing Practice: An Integrative Review». *Cancer Nursing* 36 (1): 72-88.
- Baños, Josep-E., y Jorge Pérez. 2005. «Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades». *Educación médica* 8 (4): 216-225.
- Beck, Cheryl Tatano. 2011. «Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review». *Archives of psychiatric nursing* 25 (1): 1-10.
- Benzein E, Saveman BI. One step towards the understanding of : a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 1998 Dec;35(6):322-9.
- Bequelman, Diana. 2011. «Los duelos en el Sistema Familiar del paciente oncológico Terminal. El caso de la familia Díaz». <http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/handle/123456789/1196>.
- Berger, R., & Gelkopf, M. (2011). An intervention for reducing secondary traumatization and improving professional self-efficacy in well baby clinic nurses following war and terror: A random control group trial. *International journal of nursing studies*, 48(5), 601-610.
- Bettancourt, L., Muñoz, L. A., Merighi, M. A. B., & Santos, M. F. D. (2011). Nursing teachers in clinical training areas: a phenomenological focus. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(5), 1197-1204.
- Bosch, J. L. C., Aribau, A. R., & Rodríguez, J. A. (2010). Feminización de las profesiones sanitarias: una mirada sociológica, 172-198.
- Bradshaw, Ann, y Clair Merriman. 2008. «Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet?» *Journal of Clinical Nursing* 17 (10): 1263-1269.

- Brito, Pedro Ruymán Brito, Martín Rodríguez Álvaro, y Cristina Toledo Rosell. 2012. «Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en atención primaria». ENE, Revista de Enfermería. 3 (1).
- Brunet, Ramón Colell, Joaquín T. Limonero García, y María Dolores Otero. 2003a. «Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal». Investigación en Salud, n.º 2: 0.
- Burón, Juan Antonio Valdivieso, Miguel Ángel Carbonero Martín, Luís Jorge Martín Antón, y Alvaci Freitas Resende. 2012. «Estrategias docentes exitosas: aproximación conceptual desde planteamientos emergentes de la psicología de la instrucción». International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología 1 (2): 105–116.
- Busquet Duran, X., y T. Pujol Sabanés. 2001. «Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir». Medicina paliativa 8 (3): 116–119.
- Bustamante, Claudia, Claudia Alcayaga, J. Carola Pérez, y Solange Campos. 2013. «Validación inicial de un instrumento de análisis del apoyo a la toma de decisiones para el manejo de enfermedades crónicas». Aquichan13(3).396- 406.
- Caldeira, Sílvia, Emilia Campos de Carvalho, y Margarida Vieira. 2014. «Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer». Revista latino-americana de enfermagem 22 (1): 28–34.
- Cambló, Sergio Díaz, y Antonio Hernández Mendo. 2013. «The Cinematic mirror for psychology and life coaching». Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte 8 (1): 200–206.
- Campo-Redondo, María. 2009. Cine comercial y conocimiento sobre el proceso de morir. Universidad de Zulia. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3003161.pdf>.
- Cano González, Rufino. 2009. «Tutoría universitaria y aprendizaje por competencias?` Cómo lograrlo?» Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado 28 (12-1): 181–204.
- Cantabrana, Begoña, Sara González Rodríguez, y Agustín Hidalgo Balsera. 2016. «Una literatura de la enfermedad y de la muerte». Revista de medicina y cine 12 (1): 47-59.



- Cappelletti, Graciela Laura, Maria José Gabriella Sabelli, y Marta Alicia Tenutto. 2008. «¿` Se puede enseñar mejor? Acerca de la relación entre el cine y la enseñanza». *Revista de Medicina y Cine* 3 (3).
- Cardoso, Covadonga Linares, y Isabel Hevia Artime. 2013. «Educacine: competencias y posibilidades del uso del cine como medio narrativo en entornos educativos». En *Actas del Congreso Iberoamericano de las Lenguas en la Educación: las lenguas en la educación, cine, literatura, redes y nuevas tecnologías*, 61–69. Secretaría General Técnica.
- Caro, María Paz García, Francisco Cruz Quintana, Jacqueline Schmidt Río-Valle, Antonio Muñoz Vinuesa, Rafael Montoya Juárez, Diego Prados Peña, Atthanasios Pappous, y Miguel Cecilio Botella López. 2010. «Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal». *International journal of clinical and health psychology* 10 (1): 57–73.
- Carpenter, Jane, Barbara Stevenson, y Ellen Carson. 2008. «Creating a shared experience: Using movies in nursing education». *Nurse Educator* 33 (3): 103–104.
- Carter, Amanda G., Debra K. Creedy, y Mary Sidebotham. 2015. «Evaluation of tools used to measure critical thinking development in nursing and midwifery undergraduate students: A systematic review». *Nurse education today* 35 (7): 864–874.
- Castillo Parra, Silvana. 2014. «Práctica pedagógica de los formadores expertos en la formación clínica de estudiantes de enfermería». <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/54567>.
- Chan, Zenobia CY. 2013. «A systematic review of critical thinking in nursing education». *Nurse Education Today* 33 (3): 236–240.
- Chen, P. Y., & Chang, H. C. (2012). The coping process of patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 10-16.
- Chen, J. Y., & 陳季員. (2011). Problem-based learning: developing resilience in nursing students. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 27(6), 230-233.
- Cibanal Juan, Luis, José Ramón Martínez Riera, María Jesús Pérez Mora, y others. 2009. «Aprendiendo a cuidar a través del cine». <http://193.145.233.67/dspace/handle/10045/11413>.

- Colell Brunet, Ramon, y Joaquim T. Limonero García. 2005. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. Universitat Autònoma de Barcelona,.
- Colell Brunet, R., & Limonero García, J. T. (2003). ¿Qué preocupa al cuidador del enfermo oncológico?. *Revista Rol de Enfermería*, 26(2), 92-96.
- Cortés-Funes, Fabiola, Juan Pablo Bueno, Almudena Narváez, Anhara García-Valverde, y Laura Guerrero-Gutiérrez. 2012. «Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología.» *Psicooncología* 9 (2-3): 335-354.
- Costa, Gema, y Rafael Ballester. 2010. «Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico». *Psicooncología* 7 (2): 453-462.
- Crist, J. V., & Grunfeld, E. A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(5), 978-986.
- Cunill, M., & Serdà, B. C. (2011). Características de la comunicación con enfermos de cáncer en el contexto sanitario y familiar. *Psicooncología*, 8(1), 65.
- da Rocha, A. Casado, Wilson Astudillo, y Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 2006. Cine y medicina en el final de la vida. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos= Ardurra Paliatiboetarako Euskal Elkartea. [http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/Cine\\_Medicina.pdf](http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/Cine_Medicina.pdf).
- da Silva, Priscila de Oliveira, y Maria Isabel Pinto Coelho Gorini. 2012. «Validation of Defining Characteristics for the Nursing Diagnosis of Fatigue in Oncological Patients». *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 20 (3): 504-10.
- Darbyshire, Daniel, y Paul Baker. 2011. «El cine en la formación médica: ¿ha tenido acogida?» *Revista de medicina y cine* 7 (1): 8-14.
- de la Horra Gutiérrez, Inmaculada. 2010. «La simulación clínica como herramienta de evaluación de competencias en la formación de enfermería». *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 2 (1).

- De la Revilla, L. 2006. «La necesidad de más tiempo en la consulta para poder identificar, diagnosticar y tratar los problemas psicosociales». Revista de Fundesfam. Editorial. Junio.
- Delgado, M. Teresa Icart Isern Pilar, Laura de la Cueva Ariza, y others. 2015. Enfermeras en el cine. La profesión en imágenes. Edicions Universitat Barcelona.
- Dermi, Amel. 2012. «El cine como medio de enseñanza». Revue Des lettres et des Sciences Humaines et sociales, n.º 17.
- Díaz, Beatriz Ogando, y Eduardo Tejera Torroja. 2015. «Más allá de la empatía: la mirada compasiva en el cine». Revista de Medicina y Cine 11 (1): 19.
- Díez, Josep Eladi Baños i, y Elena Guardiola. 2016. «Sobre lo que los estudiantes de medicina pueden aprender en la literatura». Revista de medicina y cine 12 (2): 75-77.
- Djikic, Maja, Keith Oatley, y Mihnea C. Moldoveanu. 2013. «Opening the Closed Mind: The Effect of Exposure to Literature on the Need for Closure». Creativity Research Journal 25 (2): 149-154.
- Edo-Gual, Montserrat, Cristina Monforte-Royo, Amor Aradilla-Herrero, y Joaquín Tomás-Sábado. 2015. «Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study». Journal of clinical nursing 24 (17-18): 2429-2438.
- Edwards, Deborah, Clare Hawker, Judith Carrier, y Colin Rees. 2015. «A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse». International journal of nursing studies 52 (7): 1254-1268.
- Epstein, Ronald M., y Edward M. Hundert. 2002. «Defining and assessing professional competence». Jama 287 (2): 226-235.
- Espinoza, Maritza, y Olivia Sanhueza. 2012. «Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción». Acta Paul Enferm [Internet] 25 (4): 607-13.
- Facione, Noreen C., y Peter A. Facione. 1996. «Assessment design issues for evaluating critical thinking in nursing.» Holistic Nursing Practice 10 (3): 41-53.



- Facione, P. A., y N. C. Facione. 1992. «The CCTDI: A disposition inventory». Insight Assessment California Academic Press, Millbrae, CA.
- Facione PA, Facione NC, Winterhalter K. (2010). The Health Sciences Reasoning Test: Test Manual. California Academic Press, Millbrae, CA
- Facione, Peter. 2007. «Pensamiento Crítico:¿` Qué es y por qué es importante». Insight Assessment 23: 56.
- Fajardo Duarte, A. A., & Huertas, G. (2014). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adultos con cáncer (Doctoral dissertation).
- Favretto, Débora Oliveira, y Emilia Campos de Carvalho. 2008. «Conceptual validation of the nursing diagnosis impaired verbal communication». Online Brazilian Journal of Nursing 7 (2).
- Fernández, Carmen Alonso, y Amparo Bastos Flores. 2011. «Intervención Psicológica en Personas con Cáncer Psychological Intervention in Cancer Patients». Clínica 2 (2): 187–207.
- Fowler, Latrell P. 1998. «Improving critical thinking in nursing practice.» Journal for Nurses in Professional Development 14 (4): 183–187.
- Fox, Kenneth, Andrew Lambirth,. 2012. «Film and pedagogy: Learning about teaching at the movies». <http://gala.gre.ac.uk/8195/>.
- Fresnadillo Martínez, María José, Carmen Diego Amado, Enrique García Sánchez, y José Elías García Sánchez. 2005. «Metodología docente para la utilización del cine en la enseñanza de la microbiología médica y las enfermedades infecciosas» Revista de Medicina y Cine, 1, 17-23.. <http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/75636>.
- Gabriela Felippa, María, Sandra Livia Mansilla, Rita Sampayo, Gabriela Sabelli, María José, Liliana Capul, Silvia Reboredo de Zambonini, y Verónica Zaracho. 2014. «Cine y enseñanza de la enfermería». <http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/125562>.
- Gagnon, J., & Duggleby, W. (2014). The provision of end-of-life care by medical-surgical nurses working in acute care: A literature review. Palliative and Supportive Care, 12(05), 393-408.
- Galbraith, Niall D., y Katherine E. Brown. 2011. «Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review». Journal of advanced nursing 67 (4): 709–721.

- Gallagher, Peter, Nick Wilson, Richard Edwards, Rachael Cowie, y Michael G. Baker. 2011. «A Pilot Study of Medical Student Attitudes To, and Use Of, Commercial Movies That Address Public Health Issues». BMC Research Notes 4: 111.
- Gallegos-Alvarado, MCE Mónica. 2008. «Seguridad y calidad en el cuidado de enfermería del paciente oncológico Security and quality in the care of nursing of the oncological patient». Revista CONAMED 13 (Suplemento 1).
- García, Marta Rodríguez, M. Ruiz López, Pilar González Sanz, Miriam Fernández Trinidad, y Irene de Blas Gómez. 2014. «Experiencias y vivencias del estudiante de 4º de enfermería en el practicum». Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades, n.º 38: 25-33.
- García Martínez, José Luis, Daniela Gallegos Salazar, Carmen Gómez Moruno, Víctor J. Suberviola Collados, Carmen Blanes Pérez, y Ana María Costa Alcaraz. 2012. «Reconocimiento y cine: nuevas formas de aproximarnos». <http://gredos.usal.es/xmlui/handle/10366/124972>.
- Gillan, Pauline C., Pamela J. van der Riet, y Sarah Jeong. 2014. «End of life care education, past and present: A review of the literature». Nurse education today 34 (3): 331-342.
- Giménez Maroto, A. M., y P. Serrano Gallardo. 2008. «Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero». Metas de Enfermería 11 (10): 57-62.
- González Cervantes, Sergio. 2015. «Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería». <http://eprints.ucm.es/34366/>.
- González de Dios, J. (2010). Cine y Pediatría (I): una oportunidad para la docencia y la humanización en nuestra práctica clínica. Pediatría Atención Primaria, 12(46), 299-313.
- González de Dios, J., Tasso Cereceda, M., & Ogando Díaz, B. (2012). La mirada del cine al cáncer (II): cuando la Oncología pediátrica es la protagonista. Pediatría Atención Primaria, 14(56), 351-368.
- González Ortega, Yariela. 2009. «La enfermera experta y las relaciones interpersonales». Aquichan 7 (2).
- González-Blasco, Pablo, Thais Raquel SP Pinheiro, Mauricio Fernando Ulloa-Rodríguez, y Nohora M. Angulo-Calderón. 2009. «El cine en la formación ética del médico: un recurso pedagógico que facilita el aprendizaje». Persona y Bioética 13 (2): 114-127.



- González-Hernando, C., Martín-Villamor, P. G., Martín-Durántez, N., & López-Portero, S. (2015). Evaluación por los estudiantes al tutor de enfermería en el contexto del aprendizaje basado en problemas. *Enfermería universitaria*, 12(3), 110-115.
- Gordillo Montaña, María José, Elena Guillén Guillén, María Dolores Gordillo Gordillo, y María Isabel Ruíz Fernández. 2014. «Procesos oncológicos, comunicación flexible en la familia». *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1469>.
- Gramaglia, Carla, Amalia Jona, Fredrica Imperatori, Eugenio Torre, y Patrizia Zeppegno. 2013. «Cinema in the Training of Psychiatry Residents: Focus on Helping Relationships». *BMC Medical Education* 13: 90.
- Gregerson, M. B. (2013). The global reach of creative life long learning skills for graduate, law, and medical students. In *Teaching creatively and teaching creativity* (pp. 71-85). Springer New York.
- Griffin, Joan M., Laura A. Meis, Roderick MacDonald, Nancy Greer, Agnes Jensen, Indulis Rutks, y Timothy J. Wilt. 2014. «Effectiveness of family and caregiver interventions on patient outcomes in adults with cancer: A systematic review». *Journal of general internal medicine* 29 (9): 1274-1282.
- Guzmán, Rodrigo Cantú, y Javier Álvarez Bermúdez. 2013. «Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer». *Psicología y Salud* 19 (1).
- Halamek, Louis P. 2010. «Lost Moon, Saved Lives: Using the Movie Apollo 13 as a Video Primer in Behavioral Skills for Simulation Trainees and Instructors». *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare* 5 (5): 303-10.
- Henoch, Ingela, Ella Danielson, Susann Strang, Maria Browall, y Christina Melin-Johansson. 2013. «Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients with Cancer: A Randomized, Controlled Study». *Journal of Pain and Symptom Management* 46 (6): 785-94.
- Hernández, Alfonso Miguel García. 2008. «Re-pensar la muerte: hacia un entendimiento de la antropología de la muerte en el marco de la ciencia». *Revista Cultura y religión* 2 (1): 4-.

- Hodges, L. J., G. M. Humphris, y G. Macfarlane. 2005. «A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers». *Social science & medicine* 60 (1): 1–12.
- Holgado, Carlos Tabernero, y Enrique Perdiguero-Gil. s. f. «Cine y medicina: Imágenes sobre la salud y la enfermedad». *Cultura, salud, cine y televisión*. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 257–29. DOI: 10.17345/9788484244233
- Hopkinson, J. B., Brown, J. C., Okamoto, I., & Addington-Hall, J. M. (2012). The effectiveness of patient-family carer (couple) intervention for the management of symptoms and other health-related problems in people affected by cancer: a systematic literature search and narrative review. *Journal of pain and symptom management*, 43(1), 111-142.
- Horcajo, Javier, Darío Díaz, Beatriz Gandarillas, y Pablo Briñol. 2011. «[Spanish adaptation of the Need for Closure Scale].» *Psicothema* 23 (4): 864–870.
- Howell, D., Hack, T. F., Oliver, T. K., Chulak, T., Mayo, S., Aubin, M., & Jones, G. W. (2012). Models of care for post-treatment follow-up of adult cancer survivors: a systematic review and quality appraisal of the evidence. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(4), 359-371.
- Huarache, García, y Gennifer Marleny Haydeé. 2012. «Proceso de toma de decisiones en estudiantes de enfermería en la EAPE-UNMSM, 2011». <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2755>.
- Icart Isern, M. Teresa, Anna M. Pulpón Segura, Roser Álvarez Miró, Lidón Barrachina Bellés, Ramona Bernat Bernat, Javier Colina Torralva, Ma Pilar María Pilar Isla Pera, Ma Victoria Sanfeliu Cortés, y others. 2008. «Metodología de la investigación y cine comercial: claves de una experiencia docente». *Educación Médica*, 2008, vol. 11, num. 1, p. 13-18.
- Icart-Isern, M. Teresa, M. Rosa Rozas-García, V. Sanfeliu-Cortes, Helena Viñas-Llebot, M. P. Fernández-Ortega, y M. C. Icart. 2009. «El cáncer en el cine: Un recurso para los profesionales de la salud». *Educación médica* 12 (4): 239–246.
- Iglesias Parra, María Rosa. 2011. «Estudio del estrés percibido por alumnos novales de ciencias de la salud». <http://www.riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/4906>.
-

- Isern, María Teresa Icart, María Pilar Delgado Hito, Anna María Ramió Jofré, Rebeca Nevado Sánchez, y María Carme Icart Isern. 2010. «Evaluación de los conocimientos adquiridos en la asignatura investigación a través del cine». *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*. Vol 3 (4): 194-205.
- Johnson S. Hope in terminal illness: an evolutionary concept analysis. *Int J Palliat Nurs*. 2007 Sep;13(9):451-9.
- Jones, G., & Browning, M. (2009). Supporting cancer patients and their carers: the contribution of art therapy and clinical psychology. *International journal of palliative nursing*, 15(12).
- Kamal, A. H., LeBlanc, T. W., & Meier, D. E. (2016). Better Palliative Care for All: Improving the Lived Experience With Cancer. *JAMA*.
- Katherine Brown-Saltzman MA, R. N., M. N. Patricia Jakel, R. N. Ann-Marie Rounkle MSN, y others. 2012. «Nurses' Responses to Ethical Challenges in Oncology Practice: An Ethnographic Study». *Clinical Journal of Oncology Nursing* 16 (6): 592.
- Klemenc-Ketis, Zalika, y Janko Kersnik. 2011. «Using Movies to Teach Professionalism to Medical Students». *BMC Medical Education* 11 (1):1.
- Komprood, Sarah R. 2013. «Nursing Student Attitudes toward Oncology Nursing: An Evidence-Based Literature Review». *Clinical Journal of Oncology Nursing* 17 (1): E21
- Kuhnigk, Olaf, Julia Schreiner, Jens Reimer, Roya Emami, Dieter Naber, y Sigrid Harendza. 2012a. «Cinemeducation in psychiatry: a seminar in undergraduate medical education combining a movie, lecture, and patient interview». *Academic Psychiatry* 36 (3): 205-210.
- Kvåle, Kirsti, y Margareth Bondevik. 2010. «Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge about Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care». *Oncology Nursing Forum* 37 (4): 436-42. doi:10.1188/10.ONF.436-442.
- Lambert, Sylvie D., James D. Harrison, Ellen Smith, Billie Bonevski, Mariko Carey, Catalina Lawsin, Chris Paul, y Afaf Girgis. 2012. «The unmet needs of partners and caregivers of adults diagnosed with cancer: a systematic review». *BMJ supportive & palliative care* 2 (3): 224-230.
- Leung KK, Silvius JL, Pimlott N, Dalziel W, Drummond N. Why health expectations and hopes are different: the development of a conceptual

model.Health Expect. 2009 Dec;12(4):347-60.

Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Cladellas, R., & Gómez-Benito, J. (2010). Ansiedad y estrés. [https://www.researchgate.net/profile/Joaquin\\_Limonero2/publication/235325225\\_Competencia\\_personal\\_percibida\\_y\\_ansiedad\\_ante\\_la\\_muerte\\_en\\_estudiantes\\_de\\_enfermera.Perceived\\_personal\\_competence\\_and\\_death\\_anxiety\\_in\\_nursing\\_students/links/0fcfd510c330c4f7b5000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joaquin_Limonero2/publication/235325225_Competencia_personal_percibida_y_ansiedad_ante_la_muerte_en_estudiantes_de_enfermera.Perceived_personal_competence_and_death_anxiety_in_nursing_students/links/0fcfd510c330c4f7b5000000.pdf)

Lippe, M. P., & Becker, H. (2015). Improving Attitudes and Perceived Competence in Caring for Dying Patients: An End-of-Life Simulation. *Nursing Education Perspectives*, 36(6), 372–378.

López Alonso, Sergio Romeo. 2000. «Implicación emocional en la práctica de la enfermería». *Cultura de los cuidados*, Año IV, n. 7-8 (1. y 2. semestre 2000); pp. 172-180.

López, Ángela Cejudo, Begoña López López, Miguel Duarte Rodríguez, María Pilar Crespo Serván, Concepción Coronado Illescas, y Carlota de la Fuente Rodríguez. 2015. «El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos». *Enfermería Clínica* 25 (3): 124–132.

López, Francisca, y María José López. 2011. «Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas». *Ciencia y enfermería* 17 (2): 47–54.

Lunney, Margaret. 2003. «Pensamento crítico e acurácia dos diagnósticos de enfermagem. Parte I: risco de diagnósticos de baixa acurácia e novas visões do pensamento crítico». *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 37 (2): 17–24.

Marcusen, Carol. 2010. «Information and Communication Needs of Individuals Living with Advanced Cancer». *Seminars in Oncology Nursing* 26 (3): 151-56.

Markides, Markos. 2011. «The Importance of Good Communication between Patient and Health Professionals». *Journal of Pediatric Hematology/Oncology* 33 Suppl 2 (octubre): S123-125.

Mårtensson, Gunilla, Marianne Carlsson, y Claudia Lampic. 2010. «Is Nurse-Patient Agreement of Importance to Cancer Nurses' Satisfaction with Care?» *Journal of Advanced Nursing* 66 (3): 573-82. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05228.x.

- Martínez-Salanova Sánchez, Enrique. 2003. «El valor del cine para aprender y enseñar». Comunicar 20: 25.  
<http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/1119>
- Mason, Diana J., Dorothy A. Jones, Callista Roy, Cheryl G. Sullivan, y Laura J. Wood. 2015. «Commonalities of nurse-designed models of health care». Nursing outlook 63 (5): 540–553.
- McLennon, Susan M., Margaret Uhrich, Sue Lasiter, Amy R. Chamness, y Paul R. Helft. 2013. «Oncology nurses' narratives about ethical dilemmas and prognosis-related communication in advanced cancer patients». Cancer nursing 36 (2): 114–121.
- Mendoza, L. I., C. M. M. Virgen, y GLMG Pichardo. 2014. «Influencia de los cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos terminales en la obstinación terapéutica». <http://new.medigraphic.com/cgibin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=43889>.
- Moreria de Souza, R., y Turini RNT. 2011. «Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador». Enfermería Global 22 (1). <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/administracion2.pdf>.
- Morse, J. M., & Doberneck, B. (1995). Delineating the concept of hope. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 27(4), 277-285.
- Muñoz, Francisco, José Morales, y Luis Torres. 2009. El cine en la enseñanza de estrategias para el afrontamiento de la enfermedad. Universidad de Zulia. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3003087.pdf>.
- Myezyentseva, O. (2014). Fatiga por compasión en los profesionales de enfermería. Revisión sistemática. <http://hdl.handle.net/10230/25371>
- Naudeillo Cosp, Meritxell, Anna Escola Fustero, Dolors Quera Ayma, Jaume Junyent Pares, Maria Amor Fernandez, Alicia Revilla Aparicio, y Neus Saiz Anton. 2012. «Análisis del duelo en una muestra de familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos». Medicina Paliativa 19 (1): 10–16.
- Neimeyer, Robert A. 1997. «Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte». Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte-84-493-0434-2-29, 23. [http://www.libreriasaulamedica.com/Metodos-de-evaluacion-de-la-ansiedad-ante-lamuerte\\_9788449304347\\_3299](http://www.libreriasaulamedica.com/Metodos-de-evaluacion-de-la-ansiedad-ante-lamuerte_9788449304347_3299)



- Northouse, Laurel L. 2012. «Helping Patients and Their Family Caregivers Cope with Cancer». *Oncology Nursing Forum* 39 (5): 500-506. doi:10.1188/12.ONF.500-506.
- Northouse, Laurel L., Maria C. Katapodi, Lixin Song, Lingling Zhang, y Darlene W. Mood. 2010. «Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials». *CA: a cancer journal for clinicians* 60 (5): 317-339.
- Nuin, Carmen, Teresa Botigué, Pilar Jürschik, Teresa Torner, Mónica Illesca, y Montserrat Gea. 2015. «El cine en la formación en promoción y educación para la salud: experiencia docente en el grado de enfermería». *Revista del Congrés Internacional de Docència Universitària i Innovació (CIDUI)*, n.º 2. <http://cidui.org/revista-cidui12/index.php/cidui/article/view/571>.
- Oh, Jina, Jeongae Kang, y Jennie C. De Gagne. 2012. «Learning Concepts of Cinenurducation: An Integrative Review». *Nurse Education Today* 32 (8): 914-19. doi:10.1016/j.nedt.2012.03.021.
- Ortega Belmonte, M. J., Rodríguez Membrive, M., Sánchez Maldonado, M., Bravo Muñoz, E., Corredera Guillén, A., Ojeda Rodríguez, M. del A., OrtegaTorres, V., Becerra Mayor, V. (2008). *Aprendiendo con el cine: un instrumento puente entre la realidad y las ideas en el proceso de morir*. [Versión electrónica]. "Revista de Medicina y Cine", 113-121.
- Paans, Wolter, Walter Sermeus, Roos Nieweg, y Cees van der Schans. 2010. «Determinants of the Accuracy of Nursing Diagnoses: Influence of Ready Knowledge, Knowledge Sources, Disposition toward Critical Thinking, and Reasoning Skills». *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing* 26 (4): 232-41. doi:10.1016/j.profnurs.2009.12.006.
- Pac, David, y Nieves García. 2013. «El cine como herramienta de aprendizaje en el aula. Claves de una experiencia docente multidisciplinar en el ámbito económico». *Revista Internacional de Organizaciones*, n.º 10: 181-197.
- Park, Jin-Ah, y Bog-Ja Kim. 2009. «Critical Thinking Disposition and Clinical Competence in General Hospital Nurses.» *Journal of Korean Academy of Nursing* 39 (6).
- Parra Chacón, Edgar, y Diana Lago de Vergara. 2003. «Didáctica para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes universitarios». *Educación Médica Superior* 17 (2): 0-0.



- Pavlish, Carol, Katherine Brown-Saltzman, Patricia Jakel, y Ann-Marie Rounkle. 2012. «Nurses' Responses to Ethical Challenges in Oncology Practice: An Ethnographic Study». *Clinical journal of oncology nursing* 16 (6): 592–600.
- Pereira, Sandra Martins, António M. Fonseca, y Ana Sofia Carvalho. 2011. «Burnout in palliative care: A systematic review». *Nursing Ethics* 18 (3): 317–326.
- Pessin, Hayley, Natalie Fenn, Ellen Hendriksen, Antonio P. DeRosa, y Allison Applebaum. 2015. «Existential distress among healthcare providers caring for patients at the end of life». *Current opinion in supportive and palliative care* 9 (1): 77–86.
- Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P. C., Kershek, S., ... & Pincon, D. (2010). What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(4).
- Pirl, William F., Ilana M. Braun, y Donna B. Greenberg. 2010. «Patients with Cancer». *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, 371.
- Porras, B., & Cano Plans, S. (2012). Evaluación de competencias en el Prácticum de Enfermería. *Metas de enfermería*, 15(1), 15-22.
- Potter, Patricia, Laurie Wolf, Stuart Boxerman, Deborah Grayson, Jennifer Sledge, Clay Dunagan, y Bradley Evanoff. 2005. «Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment». *Journal of Nursing Administration* 35 (7-8): 327–335.
- Prado, Luis Basco. 2016. «Revisión del concepto de Pensamiento Crítico en Enfermería: Definición, composición, contextualización y medición». *NURE Investigación* 12 (83).
- Prat Canet, Carmen. 2014. «Análisis de la imagen social de la Enfermería a través del cine y la televisión». *Universitat Internacional de Catalunya*. <http://www.recercat.net/handle/2072/221904>.
- Puchalski, Christina, Betty Ferrell, Rose Virani, Shirley Otis-Green, Pamela Baird, Janet Bull, Harvey Chochinov, et al. 2009. «Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference». *Journal of palliative medicine* 12 (10): 885–904.

- Redondo, María Campo. 2009. «Cine comercial y conocimiento sobre el proceso de morir». Enl@ce 6 (2). <http://200.74.222.178/index.php/enlace/article/view/13493>.
- Refsgaard, B., & Frederiksen, K. (2013). Illness-related emotional experiences of patients living with incurable lung cancer: a qualitative metasynthesis. *Cancer nursing*, 36(3), 221-228.
- Remmers, Hartmut, Martina Holtgräwe, y Christiane Pinkert. 2010. «Stress and Nursing Care Needs of Women with Breast Cancer during Primary Treatment: A Qualitative Study». *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society* 14 (1): 11-16.
- Rivera, Maria Soledad, y Luz María Herrera. 2006. «Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería». *Texto & Contexto-Enfermagem* 15 (spe): 158-163.
- Roca-Roger, Montserrat, Inmaculada Úbeda-Bonet, Carmen Caja-López, Victoria Morín-Fraile, y M. Teresa Icart-Isern. 2016. «Producciones artísticas en el aprendizaje de la enfermería». *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica* 19 (1): 13-18.
- Rodríguez Rodríguez, Ángela, y M. Isabel Rihuete Galve. 2011. «Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares». *Medicina Paliativa* 18 (4): 135-140.
- Rodríguez, Victor Amar. 2009. «El cine por una educación ambiental». *Educação e Realidade* 34 (3): 133-145.
- Roecklein, Nancy. 2012. «Using Standardized Nursing Languages in End-of-Life Care Plans». *International Journal of Nursing Knowledge* 23 (3): 183-85.
- Romano, Eduardo. 2016. «Cancer, imaginario social y filmografía». *Revista de medicina y cine* 12 (1): 33-46.
- Rothschild, B. (2009). Ayuda para el profesional de la ayuda. *Psicofisiología de la fatiga por compasión y del*. <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433022912.pdf>

- Ruiz-Benítez, M<sup>a</sup> De Los Ángeles, M<sup>a</sup> Cristina Coca, y et al. 2008. «El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales». *Psicooncología* 5 (1): 53–69.
- Russell, K. (2016, January). Perceptions of Burnout, Its Prevention, and Its Effect on Patient Care as Described by Oncology Nurses in the Hospital Setting. In *Oncology nursing forum* (Vol. 43, No. 1, pp. 103–109).
- Salovey, Peter, John D. Mayer, Susan L. Goldman, Carolyn Turvey, Tibor P. Palfai, y others. 1995. «Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale». *Emotion, disclosure, and health* 125: 154.
- Sánchez, José Elías García, y Enrique García Sánchez. 2015. «Enseñanza y cine: la neurología en Hollywood durante 2014». *Revista de medicina y cine* 11 (1): 1–2.
- Sanford, Julie, Judith Townsend-Rocchiccioli, Kimberly Quiett, y Donna Trimm. 2011. «“I See My Mother’s Face”: Student Nurse Experiences Caring for Cancer Patients». *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society* 15 (1): 46–52.
- Sanjuán Quiles, Ángela, y María Elena Ferrer Hernández. 2008. «Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas: Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones». *Invest. educ. enferm* 26 (2): 226–233.
- Sanjuán Quiles, Ángela, y José Ramón Martínez Riera. 2009. «Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica/comunitaria». *Pruebas Leo* 26 (2).
- Sanjuán Quiles, Ángela, José Ramón Martínez Riera, Eva María Gabaldón Bravo, y others. 2011. «Aprendizaje a lo largo de la vida e innovación, una necesidad para los profesionales y ciencias de la salud». <http://193.145.233.67/dspace/handle/10045/24305>.
- Serdà, Bernat-carles, y Mònica Cunill. 2011. «Características de la comunicación con enfermos de cáncer en el contexto sanitario y familiar». *Psicooncología* 8 (1): 65–79.
- Shirey, Maria R. 2007. «An evidence-based solution for minimizing stress and anger in nursing students». *Journal of Nursing Education* 46 (12).

- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 300-322.
- Simões, Ângela Sofia Lopes. 2010. «Cuidar en Oncología: las necesidades y las dificultades de los enfermeros en la relación con el paciente con cáncer-el caso particular de un hospital de agudos». <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1776>.
- Smith, Sarah A. 2012. «Nurse competence: a concept analysis». *International journal of nursing knowledge* 23 (3): 172-182.
- Stern, Theodore A. 2010. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Elsevier Health Sciences.
- Subiela Garcia, Jose Antonio, Juan Abellón Ruiz, Ana Isabel Celdrán Baños, Jose Angel Manzanares Lazaro, y Bárbara Satorres Ramis. 2014. «La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera». *Enfermería Global* 13 (2): 276-292.
- Tarrés, María Cristina, María del Carmen Gayol, y Alberto Enrique D'Ottavio. 2016. «Pierre-Auguste Renoir: adversidad y resiliencia». *Revista de medicina y cine* 12 (2): 105-109.
- Thomas, Juliet, Barbara A. Jack, y Annette M. Jinks. 2012. «Resilience to care: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature concerning the experiences of student nurses in adult hospital settings in the UK». *Nurse Education Today* 32 (6): 657-664.
- Thompson, Carl, y Sally Stapley. 2011. «Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review». *International Journal of Nursing Studies* 48 (7): 881-893.
- Torrco Linares, Esperanza, Carmen Santín Vilariño, Montserrat Andrés Villas, Susana Menéndez Álvarez-Dardet, y María José López López. 2002. «El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología». <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/6224>.
- Triviño, Z. G., & Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5(1), 20-31.
- Tseng, Hui-Chen, Fan-Hao Chou, Hsiu-Hung Wang, Hsun-Kuei Ko, Shu-Yuan Jian, y Wei-Che Weng. 2011. «The effectiveness of problem-based

learning and concept mapping among Taiwanese registered nursing students». *Nurse education today* 31 (8): e41–e46.

- Thewes, B., Butow, P., Zachariae, R., Christensen, S., Simard, S., & Gotay, C. (2012). Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. *Psycho-Oncology*, 21(6), 571–587.
- Udo, Camilla, Ella Danielson, Ingela Henoch, y Christina Melin-Johansson. 2013. «Surgical nurses' work-related stress when caring for severely ill and dying patients in cancer after participating in an educational intervention on existential issues». *European Journal of Oncology Nursing* 17 (5): 546–553.
- Valero, Carmen Martínez. 2011. *Psico-oncología e indefensión aprendida: un estudio clínico*. Editorial de la Universidad de Granada. <http://hera.ugr.es/tesisugr/19664540.pdf>.
- Van Cleave, Janet H., Esther Smith-Howell, y Mary D. Naylor. 2016. «Achieving a High-Quality Cancer Care Delivery System for Older Adults: Innovative Models of Care». En *Seminars in oncology nursing*, 32:122–133.
- Vázquez, Yolanda Argudín. 2001. «Educación basada en competencias». *Educación: revista de educación/nueva época* 16: 1–29.
- Venegas, Maritza Espinoza, Olivia Sanhueza Alvarado, y Omar Barriga. 2011. «Validation of Collett-Lester's Fear of Death Scale in a sample of nursing students». *Revista latino-americana de enfermagem* 19 (5): 1171–1180.
- Vestena Zillmer, Juliana Graciela, Eda Schwartz, Andréia Burille, Caroline de Leon Linck, Celmira Lange, y Adriane Eslabão. 2012. «Vínculos de los Clientes oncológicos y familiares: una dimensión para ser observada». *Enfermería Global* 11 (1): 18–44.
- Vicente, M. C., & Delgado, A. A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental*, (9), 119–136.
- Vinaccia, Stefano, Japcy Margarita Quiceno, Hamilton Fernández, Francoise Contreras, Mercy Bedoya, Sergio Tobón, y Mónica Zapata. 2014. «Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar». *Psicología y salud* 15 (2): 207–220.

- Vivar, Cristina G., Elena Orecilla-Velilla, y Lourdes Gómara-Arraiza. 2009. «"Es más difícil": experiencias de las enfermeras sobre el cuidado del paciente con recidiva de cáncer». *Enfermería Clínica* 19 (6): 314–321.
- Wainer, R. (2004). Yo no te puedo decir cuánto sino cómo": Construcción y manejo de la esperanza en el final de la vida, desde la perspectiva profesional de un equipo de cuidados paliativos. *Anuario de Estudios en Antropología Social*, 1, 187-197.
- Waddell, Ashley, Kathryn Audette, Amy DeLong, y Marcie Brostoff. 2016. «A Hospital-Based Interdisciplinary Model for Increasing Nurses' Engagement in Legislative Advocacy». *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 1527154416630638.
- Wang, C. E. H. (2000). Developing a concept of hope from a human science perspective. *Nursing Science Quarterly*, 13(3), 248-251.
- Watson, Goodwin. 1980. *Watson-Glaser critical thinking appraisal*. Psychological Corporation San Antonio, TX.
- Williams, Anna-Leila, y Ruth McCorkle. 2011. «Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature». *Palliative and Supportive Care* 9 (3): 315–325.
- Williams, Bev, Jude Spiers, Ann Fisk, Liz Richards, Barb Gibson, Willy Kabotoff, Debra McIlwraith, y Aziza Sculley. 2012. «The influence of an undergraduate problem/context based learning program on evolving professional nursing graduate practice». *Nurse education today* 32 (4): 417–421.
- Yang, Hae-Chung, Brittany M. Brothers, y Barbara L. Andersen. 2008. «Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping?» *Annals of Behavioral Medicine* 35 (2): 188–197.
- Yeo, Theresa Pluth, Janice Phillips, Anne Delengowski, Margaret Griffiths, y Larry Purnell. 2011. «Oncology nursing: Educating advanced practice nurses to provide culturally competent care». *Journal of Professional Nursing* 27 (4): 245–254.
- Yönt, Gülendarm Hakverdioğlu, Leyla Khorshid, y Ismet Eşer. 2009. «Examination of Nursing Diagnoses Used by Nursing Students and Their Opinions about Nursing Diagnoses». *International Journal of*

Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International 20 (4): 162-68.

Zupiria Gorostidi, X., M. J. Uranga Iturriotz, M. J. Alberdi Erize, y M. Barandiaran Lasa. 2003. «[KEZKAK: a new bilingual questionnaire to measure nursing students' stressors in clinical practice]». Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S 17 (1): 37-51.



## ANEXOS.

### ANEXO 1.-CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INNOVACIÓN EDUCATIVA PIE13-138. UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

		UNIVERSIDAD DE MÁLAGA		Vicerrectorado de Ordenación Académica y Profesorado	
<b>MIGUEL PORRAS FERNÁNDEZ, SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA</b>					
<b>CERTIFICA:</b>					
Que según consta en las bases de datos del Servicio de Formación de la Universidad de Málaga, <b>Dña. Rosa Raga Chardi</b> con NIF: <b>22666254-F</b> , figura en el proyecto de innovación educativa que se detalla a continuación:					
Responsabilidad	Código	Título		Duración	
Investigadora	PIE13-138	EL CINE EN LA ENSEÑANZA DE GRADO UNIVERSITARIO COMO MATERIAL DIDÁCTICO Y REFLEXIVO PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PERCEPTIVAS EN LA FORMACIÓN ENFERMERA.		Actualmente en desarrollo	
Presupuesto asignado:				530 Euros	
Y para que conste, y a los efectos oportunos, se expide el presente certificado en Málaga, a seis de julio de dos mil quince.					
Comprobado					
La Jefa del Servicio de Formación					
					
Antonia Rojas Mateos					
					
1					
Plaza El Ejido, Edif. Servicios Múltiples Tlf: 952132956-7 Fax: 952132225 Correo electrónico: formacionpdi@uma.es					



## ANEXO 2.- CUESTIONARIO DE VARIABLES

### CUESTIONARIO DE VARIABLES

EDAD

CURSO

SEXO

F ☐

M ☐

#### Variable práctica religiosa.-

##### Características creencia religiosa

Agnóstico/a

Ateo/a

Creyente

##### Nivel de práctica religiosa

No practico mi religión

Practico mi religión con asiduidad

Practico mi religión esporádicamente

##### Religión que procesan

Adventista

Budista

Católica

Protestante

Otra

#### Variable sobre experiencias que hayan tenido de muertes cercanas

¿Has tenido experiencias cercanas a la muerte?

SI ☐

NO ☐

¿Has tenido experiencia en haber visto morir en el ámbito personal?

SI ☐

NO ☐

¿Has tenido experiencias en haber visto morir en las prácticas clínicas?

SI ☐

NO ☐

### **Variable sobre el nivel de conocimiento sobre la ley de muerte digna**

Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

¿Conoces la ley de la Muerte Digna?

SI ☐

NO ☐

### **Variable sobre nivel de conocimiento sobre la voluntad vital anticipada.**

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada

¿Conoces la legislación sobre voluntad vital anticipada?

SI ☐

NO ☐

### ANEXO 3.- ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT-LESTER

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en .....?

1. El morir solo.
2. La vida breve.
3. Todas las cosas que perderás al morir
4. Morir joven
5. Cómo será el estar muerto/a
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más
7. La desintegración del cuerpo después de morir

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en ....

1. La degeneración física que supone el proceso de morir
2. El dolor que comporta el proceso de morir
3. La degeneración mental del envejecimiento
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en .....

1. La pérdida de una persona querida
2. Tener que ver su cadáver
3. No poder comunicarte nunca más con ella
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte
7. Sentirse solo/a sin ella

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en.....

1. Tener que estar con alguien que se está muriendo
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo
3. Ver cómo sufre dolor
4. Observar la degeneración física de su cuerpo
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia

#### **ANEXO 4.- Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas KEZKAK**

- No sentirme integrado/a en el equipo de trabajo
- Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente
- Sentir que no puedo ayudar al paciente
- Hacer daño psicológico al paciente
- No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes
- Hacer daño físico al paciente
- No saber cómo responder al paciente
- Que me afecten las emociones del paciente
- Tener que dar malas noticias
- Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento
- Que el paciente me trate mal
- La relación con los profesionales de la salud
- Contagiarme a través del paciente
- Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar
- Pincharme con una aguja infectada
- Confundirme de medicación
- «Meter la pata»
- Ver morir a un paciente
- La relación con el profesor responsable de prácticas de la Facultad
- Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer
- Implicarme demasiado con el paciente
- Que mi responsabilidad en el cuidado del paciente sea importante
- No poder llegar a todos los pacientes
- Que el paciente no me respete
- La relación con profesor asociado clínico
- Recibir la denuncia de un paciente
- Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se está muriendo
- La relación con los compañeros estudiantes de Enfermería
- Encontrarme ante una situación de urgencia

Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse

Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia

Tener que realizar procedimientos que producen dolor al paciente

No saber cómo «cortar» al paciente

Tener que trabajar con pacientes agresivos

La sobrecarga de trabajo

Recibir órdenes contradictorias

Que un enfermo del otro sexo se me insinúe

No encontrar al médico cuando la situación lo requiere

Tener que estar con un paciente terminal

Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo

Las diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en prácticas

No sentirme integrado/a en el equipo de trabajo

Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente

Sentir que no puedo ayudar al paciente

Hacer daño psicológico al paciente

No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes

Hacer daño físico al paciente

No saber cómo responder al paciente

Que me afecten las emociones del paciente

Tener que dar malas noticias

Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento

Que el paciente me trate mal

La relación con los profesionales de la salud

Contagiarme a través del paciente

Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar

Pincharme con una aguja infectada

Confundirme de medicación

«Meter la pata»

Ver morir a un paciente

La relación con el profesor responsable de prácticas de la Facultad

Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer

Implicarme demasiado con el paciente

Que mi responsabilidad en el cuidado del paciente sea importante

No poder llegar a todos los pacientes

Que el paciente no me respete

La relación con profesor asociado clínico

Recibir la denuncia de un paciente

Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se está muriendo

La relación con los compañeros estudiantes de Enfermería

Encontrarme ante una situación de urgencia

Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse

Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia

Tener que realizar procedimientos que producen dolor al paciente

No saber cómo «cortar» al paciente

Tener que trabajar con pacientes agresivos

La sobrecarga de trabajo

Recibir órdenes contradictorias

Que un enfermo del otro sexo se me insinúe

No encontrar al médico cuando la situación lo requiere

Tener que estar con un paciente terminal

Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo

Las diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en prácticas

## **ANEXO 5.-ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DEL TEST DE NECESIDAD DE CIERRE COGNITIVO**

Ítems del Test Revisado de Necesidad de Cierre Cognitivo

- 1-En caso de incertidumbre, prefiero tomar una decisión inmediata, sea la que sea
- 2-Cuando me encuentro frente a varias alternativas potencialmente válidas, me decido a favor de una rápidamente y sin vacilaciones
- 3-Prefiero decidirme de acuerdo con la primera solución disponible, en vez de considerar en detalle qué decisión debería tomar
- 4-Me siento muy incómodo cuando las cosas a mi alrededor no están en su sitio
- 5-Generalmente, evito participar en discusiones sobre temas ambiguos y controvertidos
- 6-Cuando necesito enfrentarme a un problema, no pienso mucho sobre él y me decido sin dudar
- 7-Cuando necesito solucionar un problema, generalmente no pierdo el tiempo considerando diversos puntos de vista sobre el mismo
- 8-Prefiero estar con personas que tienen las mismas ideas y los mismos gustos que yo
- 9-Generalmente, no busco soluciones alternativas a problemas para los que ya tengo una solución disponible
- 10-Me siento incómodo cuando no logro dar una respuesta rápida a un problema al que me enfrento
- 11-Cualquier solución a un problema es mejor que permanecer en un estado de incertidumbre
- 12-Prefiero actividades en las que está siempre claro qué es lo que hay que hacer y cómo hay que hacerlo
- 13-Después de encontrar la solución a un problema, considero que es una inútil pérdida de tiempo tener en cuenta otras soluciones posibles
- 14-Prefiero cosas a las que estoy acostumbrado que aquellas que no conozco y no puedo predecir.

**ANEXO 6.-Rúbrica para la valoración de fragmentos cinematográficos como material didáctico-reflexivo para la competencia perceptiva en la formación de grado en Enfermería**

<b>TÍTULO PELÍCULA</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Alcanzado 2</b>	<b>Dudoso 1</b>	<b>Inexistente</b>
Coherencia de los fragmentos	La secuencia plasma fielmente el objetivo que pretende	Hay que esforzarse en su identificación.	No se identifica el objetivo.
Relevancia con la temática	Relevante	Poco relevante	Sin conexión
Identificación diagnóstica	Identificable	Dudosa	Nula
Interrelación entre NANDA_NOC	Pertinente	Débil	No pertinente
Argumento	Permite contextualizar las imágenes	Confunde la contextualización.	Impide la contextualización
Contenido didáctico	Facilita la identificación de los objetivos	No muestra claramente los objetivos	Resulta imposible identificar los objetivos
	Facilita la identificación de la identificación taxonómica	Confunde la identificación taxonómica	No se aprecia identificación taxonómica
Intervenciones	Facilita el conocimiento de las competencias	Se deducen algunas competencias	No concreta competencias
Valoración global del logro didáctico	Alta	media	Baja



## **ANEXO7.-AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE FRAGMENTOS DE PELÍCULAS**

Yo, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, por la presente, otorgo el uso de mi participación en este proyecto con fines didácticos, sin derecho a percibir pago alguno de por mi colaboración con D<sup>a</sup>. Rosa Raga Chardi.

Dado que su uso será exclusivo para la formación de enfermeras, autorizo el tratamiento de la información con interés exclusivamente docente.

Declaro que yo soy mayor de edad para firmar este documento de Consentimiento informado que forma parte de este impreso abajo firmado.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NIE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO 8.- DESCRIPCIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA ASIGNATURA EN LOS CURSOS 2013-14 Y 2014-15

Cuidados Críticos y Paciente Frágil (2013-14)	Cuidados Críticos y Paciente Frágil (2014-15)
<p>Tema1.-Conceptos generales sobre el entorno de cuidados críticos, urgencias, emergencias, catástrofes y paliativos. bases conceptuales de fragilidad, vulnerabilidad, cronicidad y dependencia.</p> <p>Tema2 .-Organización de la atención avanzada a nivel extra e intrahospitalario. Recomendaciones derivadas de organizaciones de prestigio internacional.</p> <p>Tema 3.-Ética de los cuidados ante la cronicidad y la muerte.</p> <p>Ley de la autonomía del paciente: derechos y obligaciones</p> <p>Ley de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte</p> <p>Ley de declaración de la voluntad vital anticipada</p> <p>Conflictos éticos por problemas de salud.</p> <p><i>Cortometraje "la dama y la muerte"</i></p> <p>Tema 4.- Valoración integral que permite identificar el nivel de cuidados y clasificar la atención al paciente.</p> <p>Tema 5.- Sistemas de monitorización y cumplimentación del registro enfermero. Manejo de fluidos, medicación y vías de acceso.</p> <p>Tema 6.- Procesos de compromiso vital y algoritmos de decisión a nivel respiratorio: insuficiencia respiratoria crónica y eap. Manejo de la vía aérea artificial. Ventilación mecánica invasiva y no invasiva.</p> <p>Tema 7.-Procesos de compromiso vital y algoritmos de decisión en el trauma grave y gran quemado: sva-svat. Técnicas de sutura, yesos y férulas.</p> <p>Tema 8.-Procesos de compromiso vital y algoritmos de decisión a nivel cardiaco.</p> <p>Tema 9.-Procesos de compromiso vital y algoritmos de decisión en el trauma grave: shock y sepsis</p> <p>Tema 10.-Manejo y control de síntomas en cuidados paliativos: dolor y sufrimiento.</p> <p>Control de síntomas en cuidados paliativos</p> <p>Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad avanzada – terminal y necesidad de atención paliativa en servicios de salud y sociales</p> <p>Plan andaluz de cuidados paliativos</p> <p>Proceso asistencial integrado (PAI) cuidados paliativos</p> <p>Proceso de alcalinización</p> <p>Poner voz a un sueño (visual)</p> <p>Levarse tras la caídas</p> <p>Libro blanco de SECPAL</p> <p>Libro "velad conmigo" de Cicely Saunders</p>	<p>Tema 1.- Conceptos generales sobre el entorno de Cuidados Críticos, Urgencias, Emergencias, Catástrofes y Paliativos. Bases conceptuales de fragilidad, vulnerabilidad, cronicidad y dependencia.</p> <p>Tema 2 Organización de la Atención Avanzada a nivel extra e intrahospitalario. Recomendaciones derivadas de Organizaciones de prestigio Internacional.</p> <p>Tema 3.-Ética de los cuidados ante la cronicidad y la muerte.</p> <p>Ley de la autonomía del paciente: derechos y obligaciones</p> <p>Ley de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte</p> <p>Ley de declaración de la voluntad vital anticipada</p> <p>Conflictos éticos por problemas de salud.</p> <p><i>Cortometraje "la dama y la muerte"</i></p> <p>Tema 4 .-Valoración integral que permite identificar el nivel de cuidados y clasificar la atención al paciente.</p> <p>Tema 5.- Sistemas de monitorización y cumplimentación del registro enfermero. Manejo de fluidos, medicación y vías de acceso.</p> <p>Tema 6.- Procesos de compromiso vital y algoritmos de decisión a nivel respiratorio: Insuficiencia Respiratoria Crónica y EAP. Manejo de la Vía Aérea Artificial. Ventilación mecánica invasiva y no invasiva.</p> <p>Tema 7.- Procesos de compromiso vital y algoritmos de decisión en el trauma grave y gran quemado: SVA-SVAT. Técnicas de sutura, yesos y férulas.</p> <p>Tema 8.- Procesos de compromiso vital y algoritmos de decisión a nivel cardiaco.</p> <p>Tema 9.- Proceso de compromiso vital y algoritmos de decisión en el trauma grave: shock y Sepsis.</p> <p>Tema 10.-Manejo y control de síntomas en cuidados paliativos: dolor y sufrimiento.</p> <p>Control de síntomas en cuidados paliativos</p> <p>Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad avanzada – terminal y necesidad de atención paliativa en servicios de salud y sociales</p> <p>Plan andaluz de cuidados paliativos</p> <p>Proceso asistencial integrado (PAI) cuidados paliativos</p> <p>Proceso de alcalinización</p> <p>Poner voz a un sueño (visual)</p> <p>Levarse tras la caídas</p> <p>Libro blanco de SECPAL</p> <p>Libro "velad conmigo" de Cicely Saunders</p>

<p>Levantarse tras la caída Otra forma de afrontar el sufrimiento Tema 11.-Manejo y control de síntomas en Cuidados Paliativos: Abordaje de las lesiones. Tema 12.-PRÁCTICA SIMULADA SOBRE EAP. Tema 13.-Intervención psicológica en crisis: Abordaje emocional y Comunicación de malas noticias. El duelo y la muerte Afrontando la muerte Cuentos humanizadores Cómo dar malas noticias <i>Película serie "pulseras rojas".</i> Entrevista con el autor el mundo amarillo Percepción del duelo Tema 14.-Práctica simulada sobre SVA-SAT. Tema 15.- Trabajo cooperativo primera fase identificación diagnóstica Tema 16.-Trabajo cooperativo: segunda fase-identificación NOCs. Tema 17.- Trabajo cooperativo tercera fase identificación NICs Tema 18.- Soporte vital básico (SVB) instrumentalizado Tema 19.- PROYECTO DE INNOVACIÓN EDUCATIVA: EL CINE EN LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA Consentimiento informado Presentación del proyecto de innovación Documental "la teta que os falta" Las 11 fragmentos de películas, acceso único al grupo intervención Tema 20.- Evaluación</p>	<p>Levantarse tras la caída Otra forma de afrontar el sufrimiento Humanizar la salud ¿Cómo meditar en un minuto? (visual) Tema 11.- Manejo y control de síntomas en Cuidados Paliativos: Abordaje de las lesiones. Tema 12.- Intervención psicológica en crisis: Abordaje emocional y Comunicación de malas noticias. El duelo y la muerte Afrontando la muerte Cuentos humanizadores Cómo dar malas noticias <i>Película serie "pulseras rojas".</i> Entrevista con el autor el mundo amarillo Percepción del duelo Planes de cuidados estandarizados en procesos avanzados y terminales Tema 13.- Práctica simulada sobre EAP. Tema 14.- Práctica simulada sobre SVA-SVAT. Tema 15.- Trabajo cooperativo: primera fase-identificación diagnóstica Tema 16.-Trabajo cooperativo: segunda fase-identificación NOCs. Tema 17.- Trabajo cooperativo tercera fase identificación NICs Tema 18.- Dinámicas de simulación clínica Tema 19.- PROYECTO DE INNOVACIÓN EDUCATIVA: EL CINE EN LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA <i>Anatomía de grey (serie) "La muerte de George"</i> <i>El milagro de Carintia (visual)</i> <i>Documental "la teta que os falta"</i> Prepararse para el adiós <i>Documental "Las alas de la mariposa"</i> Presentación del proyecto de innovación Consentimiento informado Los 11 fragmentos de películas, ( acceso único al grupo Intervención, restringido al grupo control) Tema 20.- Evaluación</p>
---	---

## ANEXO 9.- AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO



A/A Profa. Rosa Iglesias Parra

### INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

José Antonio González Correa, Vicedecano de Investigación y Vicepresidente de la Comisión de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga

A instancias de la Comisión de Investigación y siguiendo la normativa aprobada para la realización de proyectos de investigación en la Facultad de Ciencias de la Salud:

Informa favorablemente sobre los aspectos metodológicos del proyecto denominado: *"El cine como estrategia educativa en la adquisición de competencias en la formación de grado de enfermería"*. El proyecto de investigación está diseñado para la realización de la tesis doctoral de Dña. Rosa María Raga Chardi, dirigida por la Profa. Dra. Rosa Iglesias Parra. Tanto la metodología de investigación como los procedimientos utilizados cumplen con lo establecido en la legislación vigente en la relación con la Investigación Biomédica.

Se informa que es preceptivo la solicitud de autorización del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Málaga.

Málaga 21 de julio de 2015

## ANEXO 10: ARTÍCULO PUBLICADO EN IN J NURS KNOWLEDGE

INTERNATIONAL JOURNAL OF  
NURSING KNOWLEDGE  
The Official Journal of NANDA International, Inc.



### Acquiring Competence in Oncology Nursing Skills Through the Use of Film: A Study Protocol

Rosa Raga-Chardi, RN, BSc, MSc, Maria R. Iglesias-Parra, RN, MSc, PhD, Silvia García-Mayer, RN, MSc, PhD, Shakira Kaknani, RN, MSc, Alfonso García-Guerrero, RN, MSc, PhD, and Jose M. Morales-Asencio, RN, BSc, PhD

Rosa Raga-Chardi, RN, BSc, MSc, is a Nurse at the Department of Oncology, Hospital Regional de Málaga, Málaga, Spain. Maria R. Iglesias-Parra, RN, MSc, PhD, is a Professor at the Faculty of Health Sciences, University of Málaga, Málaga, Spain. Silvia García-Mayer, RN, MSc, PhD, is a Research Associate at the Faculty of Health Sciences, University of Málaga, Málaga, Spain. Shakira Kaknani, RN, MSc, is a Research Associate at the Faculty of Health Sciences, University of Málaga, Málaga, Spain. Alfonso García-Guerrero, RN, MSc, PhD, is a Clinical Lecturer at the Faculty of Health Sciences, University of Málaga and District of Primary Health Care Málaga-Guadalupe, Málaga, Spain, and Jose M. Morales-Asencio, RN, BSc, PhD, is the Director of the Department of Nursing and Podiatry, and Professor of Research and Evidence Based Health Care at the Faculty of Health Sciences, University of Málaga, Málaga, Spain.

#### Search terms:

Education nursing graduate, instructional film and video, nonverbal communication, nurse-patient relation, nursing diagnosis, oncology nursing

#### Author contact:

jmmasen@uma.es, with a copy to the Editor: journal@nanda.org

**PURPOSE:** To determine the influence of movies as a teaching resource with nursing students to improve their ability to cope with challenging scenarios in oncology nursing, as well as their competence to identify nursing diagnoses in these patients.

**METHODS:** Cluster, randomized controlled trial with nursing students at the University of Málaga (Spain).

**MEASURES:** Accuracy of nursing diagnoses, perceived stressors, death anxiety, empathy, level of decision making, and cognitive closure.

**CONCLUSIONS:** This study will provide information about the efficacy of movies to improve the competence in nursing students for the care of oncology patients, as well as their diagnostic reasoning.

**IMPLICATIONS FOR NURSING PRACTICE:** If significant modifications are obtained, this approach can be an important resource applicable to other contexts of patient care.

In the care of cancer patients, the quality of the patient-family-health professional relationship has a great importance, becoming many of the times in a source of help and support (Bakker et al., 2013; Kvåle & Bondevik, 2010; Markides, 2011; Northouse, 2012). In these patients, there are elements that take a relevant part during their illness, such as emotional factors, being close to the caregiver, communicating and strengthening links with them, spiritual dimension, perception of the maintenance of their autonomy, or personal control in their cognitive and physiological functions (Bahti, 2010; Caro et al., 2010; Henoch, Danielson, Strang, Browall, & Melin-Johansson, 2013).

Studies in this field have shown how relationships tend to be more intense depending on the patient (Bakker et al., 2013; Northouse, 2012), based on mutual trust, which is largely influenced by the established communication pattern (Henoch et al., 2013; Markides, 2011). Confidence improves information processes, showing a significant impact on reducing the anxiety and distress of patients and their families, and consequently it can help improve patients' decision-making process (Bahti, 2010; Marcusen, 2010; Markides, 2011; Northouse, 2012) or increase safety and security feelings (Kvåle & Bondevik, 2010; Remmers,

Holtgräwe, & Pinkert, 2010). Communication strategies must be tailored through the different stages of the disease (Bahti, 2010; Kvåle & Bondevik, 2010; Marcusen, 2010; Markides, 2011; Northouse, 2012).

Consequently, the relational competence is fundamental (Marcusen, 2010; Markides, 2011) for this purpose, with special emphasis on aspects such as verbal and nonverbal communication, empathy, how to talk about end of life or other life situations, silences, or active listening (Henoch et al., 2013; Markides, 2011).

However, it is not only the relationship established by professionals in the emotional and spiritual sphere that affects this communication. Studies also show that the way in which professionals attend the relief of physical symptoms has an impact on the existential area. Patients in these processes create a close relationship with skilled nurses because they provide them security, alleviate their suffering, and teach them useful coping tools (Bakker et al., 2013; Kvåle & Bondevik, 2010; Mårtensson, Carlsson, & Lampic, 2010).

This deep and intense relation sometimes generates confusion, ambiguity, and uncertainty in nurses, which can be manifested through denial or avoidance behaviors,



## Acquiring Competence in Oncology Nursing Skills Through the Use of Film R. Raga-Chardi et al.

affecting the quality of care (Caro et al., 2010; Markides, 2011; Mårtensson et al., 2010).

Despite all this, oncology nurses show high satisfaction with their role because they feel that they have an important job that sustains and relieves suffering, making a difference for patients and their families (Mårtensson et al., 2010; Northouse, 2012).

Experience has shown to be important in educating nurses in the assessment and identification of the problems concerning patients and their families, as well as in developing a confidence-based relationship (Mårtensson et al., 2010). It has been found that during the first 2 years of experience in oncology, nurses experience this change, becoming more involved in patient care. In addition, after receiving training, competences about communication and attitudes toward end of life and existential problems get modified (Henoch et al., 2013).

The acquisition of these skills should start at the university because the more experience the nursing student has with death and caring for oncology patients, the lower will be the stress when coping with this scenario. Novice nursing students often say that the relationship with these patients causes feelings of neglect and incompetence, conflicts in decision making, frustration of not knowing how to intervene, sadness, and fear despite having received training at the university (Sanford, Townsend-Rocchiccioli, Quilett, & Trimm, 2010).

Moreover, learning the competences to carry out clinical judgements on human responses is an important challenge, being more difficult in cancer patients (Paans, Sermeus, Nieweg, & van der Schans, 2010; Yönt, Khorshid, & Eşer, 2009).

One of the major challenges for education is to put the knowledge in the real context (Cappelletti, Sabelli, & Tenutto, 2008), favoring the possibility of a deeper understanding through meta-cognition. Indeed, this is how skills are acquired, confronting cognitive resources with a real situation, which will also allow for responding to a group of similar situations in the future (Cappelletti et al., 2008).

Movies can be a resource that could provide answers to these challenges, as they offer the opportunity to illustrate different settings and contexts of disease (Camblo & Mendo, 2013; De Diosa, Cerecedab, & Diaz, 2012; Icart Isern et al., 2008; Klemenc-Ketis & Kersnik, 2011; Oh, Kang, & De Gagne, 2012).

The films or their extracts become pieces of reality that can be introduced into the classroom, with a power of immediate recall. They are particularly suited to arouse emotional and affective involvement of the observer, activating unconscious conflicts and problems. Emotions and feelings mediate between the conscious and the unconscious, giving meaning and sense to the facts (Gramaglia, Jona, Imperatori, Torre, & Zeppegno, 2013), causing the reflection on individual values, which is essential in any attempt to build personality (De Diosa et al., 2012).

In some studies on the subject conducted in the field of nursing and medicine, participants reported that watching

films made them reflect about their attitudes toward life, death, and other difficult situations (Klemenc-Ketis & Kersnik, 2011; Oh et al., 2012). Educators agree about the constructive-deliberative role that movies exert on students (De Diosa et al., 2012; Muñoz Ronda, Rodríguez Salvador, Palma García, & Morales Asencio, 2006), developing autonomy, critical thinking, reflection, and the involvement and awareness about family and sociocultural influence in the experience of illness (Camblo & Mendo, 2013; Gramaglia et al., 2013; Icart Isern et al., 2008; Klemenc-Ketis & Kersnik, 2011). Moreover, movies allow for identifying human responses of individuals in relation to disease, suffering, death (Kuhnigk et al., 2012; Muñoz Ronda, Morales Asencio, & Torres Pérez, 2009), and non-verbal language power (De Diosa et al., 2012; Klemenc-Ketis & Kersnik, 2011; Oh et al., 2012), or discovering the importance of observation (Icart Isern et al., 2008).

In this sense, a movie can become a process of transformation, if introduced properly (Camblo & Mendo, 2013). It requires a careful selection of films to ensure that they are related to the topic of interest, with the educator having a fundamental role in this process (Cappelletti et al., 2008; Carpenter, Stevenson, & Carson, 2008; Gallagher, Wilson, Edwards, Cowie, & Baker, 2011; Gramaglia et al., 2013).

This educational project will use movie clips dealing with the cancer process as a simulation exercise, inviting to experience situations of great emotional impact on the care of oncological patients, identifying human responses displayed in the scenes, and improving nursing students' abilities for establishing clinical judgment.

The aim of this study is to determine the influence of using movies in nursing students in their perception and coping with difficult situations in oncological patient care, with an irreversible disease. The study will focus specifically on the impact on the analysis of its effects on the stressors of nursing students in clinical practice, their concerns about death, and for decision making. Second, the ability of nursing students to identify nursing diagnoses in different clinical scenarios will be evaluated.

### Methods

#### Design

A cluster, randomized controlled trial has been designed to contrast the null hypothesis that the use of movies in the education of nursing students does not influence their stress, their concerns about death, or their conflicts on decision making. As a secondary end point, the accuracy to identify nursing diagnoses will be evaluated.

#### Subjects and Sample

Nursing studies in Spain have become a 4-year degree with 240 European Credits Transfer System (ECTS) (each ECTS is equivalent to 25 hr) (previously, it was a 3-year degree with 180 ECTS). Clinical training, which is

## R. Raga-Chardi et al. Acquiring Competence in Oncology Nursing Skills Through the Use of Film

compulsory for all students, has a great relevance in the curriculum, with a total of 84 ECTS. Students achieve clinical competencies through clinical placements with real patients, supervised and assessed by licensed professionals, named as clinical tutors, who provide feedback and promote reflection.

The study population will be students registered in the fourth year of the nursing degree from the University of Malaga (UMA) who will be recruited during two courses ( $n = 220$  in total) from 2013 to 2015. No sampling will be done, so all students will be selected. The total number of students is 110 by course. Clusters will be randomized by means of a software application. Sequence randomization will be generated by software and concealed to the participants in a proportion of 1:1, so that one group ( $n = 110$ ) will receive the intervention and the other ( $n = 110$ ) will act as control in a parallel design.

### Inclusion and Exclusion Criteria

Students will have to be enrolled in the clinical placements during both semesters of the fourth year. Those students who refuse to participate will not be included.

### Variables and Instruments

Characterizing variables will include age, sex, and previous experiences with cancer processes. These will be measured as dichotomic variables (yes or no) to assess whether the students have had any previous experience with cancer, both with their families or in any clinical placement during their practices. The outcome variables will be measured using the Kezrak scale of stressors in nursing students (Zupiria Gorostidi et al., 2007; Zupiria Gorostidi, Uranga Iturriotz, Alberdi Erize, & Barandiaran Lasa, 2003) (41 items were scored by Likert scale, Cronbach's alpha is 0.95, and construct validity determined nine factors that explain a 64.4% of the total variance); the Collet-Lester scale of death anxiety (Espinoza & Sanhueza, 2012), in its version validated in Spanish nursing students (28 items scored by Likert scale, construct validity with four factors that explained 51.9% of the total variance) (Edo-Gual,

Tomás-Sábado, & Aradilla-Herrero, 2011; Tomás-Sábado, Aradilla-Herrero, & Féliz Galve, 2005); the decisions management and cognitive closure scale (Horcajo, Díaz, Gandarillas, & Brihol, 2011), which evaluates the motivation to seek and maintain a definitive answer to a given problem (avoiding confusion, ambiguity, and uncertainty) (14 items scored by Likert scale, test-retest correlation 0.77, Cronbach's alpha 0.79, construct validity explained by two factors by means of confirmatory factor analysis); and the Jefferson Scale of Empathy in Spanish version, validated in Mexico and Spanish health sciences students and Spanish primary healthcare providers (Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara, & Hojat, 2005; Fernández-Olano, Montoya-Fernández, & Salinas-Sánchez, 2008; Martín Asuero, Rodríguez Blanco, Pujol-Ribera, Berenguer, & Moix Queraltó, 2013) (20 items scored by Likert scale, Cronbach's alpha 0.74, construct validity explained by two factors). Besides, the identified diagnostic labels belonging to the NANDA-I (Herdman, 2012), as well as their appropriateness, will be evaluated by means of their accuracy against experts' judgments described in the following section. Data collection will be done four times during 16 weeks from the beginning of the study.

### Design of the Intervention

For the design of the intervention, a set of film material has been selected from diverse catalogues, following these criteria: the argument had to be focused on cancer, and it had to be available on DVD and in Spanish version. From the 30 movies found, the research team has chosen 10, accordingly to two criteria: one of the main characters has a cancer diagnosis, and the movie is contextualized on current age (Table 1).

From each film, the title, year, country, director, synopsis, learning content for the recognition of nursing diagnoses according to the manifestations and etiological factors of NANDA-I (Herdman, 2012) present in the selected clips, main contents for students' reflection about the film, and comparison with the reality of clinical practice in oncology nursing were extracted.

Table 1. Selected Films

Title	Director	Origin	Year
The Doctor	Randa Haines	United States	1991
My Sister's Keeper	Nick Cassavetes	United States	2009
C'est la vie	Jean Pierre Améris	France	2001
Shadowlands	Richard Attenborough	United Kingdom	1993
Wit	Mike Nichols	United Kingdom	2001
Les invasions barbares	Dany Arcand	Canada	2003
Mi vida sin mí (My Life without Me)	Isabel Coixet	Spain-Canada	2003
Stepmom	Chris Columbus	United States	1998
Departures	Yōjiro Takita	Japan	2008
Calendar Girls	Nigel Cole	United Kingdom	2003

## Acquiring Competence in Oncology Nursing Skills Through the Use of Film R. Raga-Chardi et al.

**Table 2. Description of the Intervention's Phases**

Phases	Activity	Type	Task	Information provided
1	Watch 10 films' fragments	Individual	To assess stressful factors and fears against shocking situations	Film title, year, country, director, and synopsis
2	Watch 10 films' fragments	Individual	Critical reflection, assignment of diagnoses and interventions	Films' fragments
3	Watch 10 films' fragments	Individual	Critical reflection, assignment of diagnoses and interventions, possibility of modification	Films' fragments
4	Critical work about the learning sheet	Individual	Reading of sheets; assessment of similarities and discrepancies about the decisions made on phases 2/3 with regard to the expert's proposals	Learning sheet proposed by the expert oncology nurse
5	Open debate, 1 hr	Group	Questions, suggestions, concerns, reflections	Debate led by an expert oncology nurse

To validate the adequacy of the defining characteristics of the diagnoses to be identified in each film fragment, two expert clinical nurses and a professor from the UMA carried out a blinded assessment. Using a Likert scale, they scored each indicator from 1 to 7, with 7 being the greatest level of agreement. The indicators were consistency of the fragments, theme relevance, diagnostic identification, interrelation between NANDA-I and Nursing Outcomes Classification (NOC), plot, learning content, interventions, and overall assessment of educational achievement. For this purpose, they have used a rubric that includes the assessment of the relevance of the fragments with the objective and the pertinence of the content with the selected diagnoses.

Students in the intervention group will watch each film fragmented, envisioning the parts adapted to each objective. The intervention consists of five phases described in Table 2. Each phase has its scheduled time, known by students since the presentation of the project.

### Data Collection

The project will be presented to all students, requesting their participation. Through a virtual platform, a period for completing all surveys will be open to both groups, after which the intervention will begin.

### Data Analysis

Through exploratory analysis, descriptive statistics of the variables will be carried out, obtaining measures of central tendency, dispersion, or percentages, depending on their nature. Normality tests were performed using the Kolmogorov-Smirnov test, along with verification of the asymmetry, kurtosis, and histograms of the distributions. Bivariate analysis with *t*-Student was performed (or its non-parametric equivalent) for the analyses of the four instruments (continuous variables) by group (intervention or control), sex, and previous experiences with cancer, and correlations between age and the values of the four

outcome variables. If age distribution has a wide range with enough cases, three groups will be configured (20-25 years, 26-30, and over 30), and the four outcome variables will be analyzed using analysis of variance to detect possible differences by age group, using central robustness measures in case of nonhomoscedasticity (which will be checked with the Levene's test), through the Welch and Brown-Forsythe test. The differences in the four outcome variables will be adjusted by the variable of previous experiences with cancer and sociodemographic variables by linear regression methods. All the analyses will be performed using a 95% confidence interval.

### Ethical Considerations

Informed consent from all the participants was required. The study was approved by the Research Committee of the Faculty of Health Sciences, University of Málaga. All data will be managed anonymously to ensure participants' confidentiality.

### Discussion

This study allowed for the quantification of the impact on different competencies related to the interpersonal relationship with oncologic patients and future graduating nurses in aspects such as emotions generated by difficult situations, along with the recognition of challenging circumstances that demand ability to apply problem solving and decision making in the care of oncological patients. In the case of obtaining significant changes in the competence of students, this learning strategy could become an important resource applicable to other areas of nursing care, to improve both diagnostic judgment competences as well as interpersonal relationship.

### Limitations

This study has a possible limitation derived from the lack of motivation to respond to the questionnaires from stu-



# R. Raga-Chardi et al. Acquiring Competence in Oncology Nursing Skills Through the Use of Film

dents. This issue will be offset by the active invitation of the professor of the subject and intermittent reminders by the online system. It could also be a contamination between groups if students share their experiences during the study. For this purpose, a cluster, randomized design was chosen, and a written commitment form of confidentiality was filled in by each student. Moreover, the access to questionnaires and movies was separated in the virtual e-learning platform and protected by an unique and log-in system.

**Acknowledgment.** This work was supported by a research grant awarded by the University of Malaga (PIE 13/138).

## References

Alcorta-García, A., González-Guerrero, J. F., Tavillas-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J., & Hojatz, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28(5), 57-63.

Bahti, T. (2010). Coping issues among people living with advanced cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(3), 175-182. doi:10.1016/j.soncn.2010.05.001

Bakker, D., Strickland, J., Macdonald, C., Butler, L., Fitch, M., Olson, K., & Cummings, G. (2013). The context of oncology nursing practice: An integrative review. *Cancer Nursing*, 36(1), 72-88. doi:10.1097/NCC.0b013e31824afad7

Cambó, S. D., & Mendo, A. H. (2013). The cinematic mirror for psychology and life coaching. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 8(1), 200-206.

Cappiell, G. L., Sabelli, M. J. G., & Tonetto, M. A. (2008). Se puede enseñar mejor? Acerca de la relación entre el cine y la enseñanza. *Revista de Medicina y Cine*, 3(2), 87-91.

Caro, M. P. C., Quintana, F. C., Rivero, J. S., Vinueza, A. M., Juárez, R. M., Peña, D. P., & López, M. C. B. (2010). Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 57-73.

Carpenter, J., Stevenson, B., & Carson, E. (2008). Creating a shared experience: using movies in nursing education. *Nurse Educator*, 33(3), 103-104.

De Dios, J. C., Carcedo, M. T., & Díaz, B. O. (2012). Colaboraciones especiales. *Revista de Pediatría*, 74, 941-955.

Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., & Aradilla-Herrero, A. (2011). Fear of death among nursing students. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129-135.

Espinosa, M., & Sanhuza, O. (2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 607-613.

Fernández-Olango, C., Montoya-Fernández, J., & Salinas-Sánchez, A. (2008). Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Medical Teacher*, 30(3), 322-324.

Gallagher, P., Wilson, N., Edwards, R., Cowie, R., & Baker, M. G. (2010). A pilot study of medical student attitudes to, and use of, commercial movies that address public health issues. *BMC Research Notes*, 4, 111. doi:10.1186/1756-0500-4-111

Gramaglia, C., Jona, A., Imperatori, F., Torre, E., & Zeppegno, P. (2013). Cinema in the training of psychiatry residents: Focus on helping relationships. *BMC Medical Education*, 13, 90. doi:10.1186/1472-6920-13-90

Henoch, I., Danielson, E., Strang, S., Brown, M., & Mellin-Johansson, C. (2013). Training intervention for health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: A randomized, controlled study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(6), 785-794. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.06.013

Herdman, T. H. (Ed.). (2012). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classifications, 2012-2014*. Oxford: Wiley Blackwell.

Horcajo, J., Díaz, D., Gandarillas, B., & Briño, P. (2010). Spanish adaptation of the need for closure scale. *Psicothema*, 22(4), 864-870.

icart isern, M. T., Pulpón Segura, A. M., Álvarez Miró, R., Barrachina Bellús, L., Bernat Bernat, R., & Colina Torralva, J. (2008). Metodología de la investigación y cine comercial: Claves de una experiencia docente. *Educación Médica*, 11, 13-18.

Klemenc-Wellj, Z., & Kerstik, J. (2011). Using movies to teach professionalism to medical students. *BMC Medical Education*, 11, 60. doi:10.1186/1472-6920-11-60

Kuhnik, O., Schreiner, J., Reimer, J., Emami, R., Haber, D., & Harand, S. (2012). Cinemedication in psychiatry: A seminar in undergraduate medical education combining a movie, lecture, and patient interview. *Academic Psychiatry*, 36(3), 205-210. doi:10.1176/appi.ps.00101006

Kwile, K., & Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 436-442. doi:10.1188/010.DNF.436-442

Marcusen, C. (2010). Information and communication needs of individuals living with advanced cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(3), 151-156. doi:10.1016/j.soncn.2010.05.006

Markides, M. (2011). The importance of good communication between patient and health professionals. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33(Suppl. 2), S23-S25. doi:10.1097/MPH.0b013e318230d0e5

Martín Asensio, A., Rodríguez Blanco, T., Pujol-Ribera, E., Berenguer, A., & Molé Queralto, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria/ S.E.S.P.A.S.*, 27(6), 521-528.

Mårtensson, G., Carlsson, M., & Lampic, C. (2010). Is nurse-patient agreement of importance to cancer nurses' satisfaction with care? *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 573-582. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05228.x

Muñoz Ronda, F. J., Morales Asencio, J. M., & Torres Pérez, L. F. (2009). El cine en la estrategia de enseñanzas para el afrontamiento de la enfermedad. *Enlace Inter-American Commission of Women*, 6, 27-37.

Muñoz Ronda, F. J., Rodríguez Salvador, M. M., Palma García, J., & Morales Asencio, J. M. (2006). El cine como herramienta didáctica en la formación enfermera. *Tempus Vitalis*, 6, 38-46.

Northouse, L. L. (2012). Helping patients and their family caregivers cope with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(5), 500-506. doi:10.1188/010.DNF.500-506

Oh, J., Kang, J., & De Gagne, J. C. (2012). Learning concepts of cinemeducation: An integrative review. *Nurse Education Today*, 32(8), 994-999. doi:10.1016/j.nedt.2012.03.021

Paans, W., Smeets, W., Nieuwe, R., & van der Schans, C. (2010). Determinants of the accuracy of nursing diagnoses: influence of ready knowledge, knowledge sources, disposition toward critical thinking and reasoning skills. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 26(4), 232-241. doi:10.1016/j.profnurs.2009.12.006

Remmers, H., Holtz, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of the European Oncology Nursing Society*, 14(1), 11-16. doi:10.1016/j.ejon.2009.07.002

Sanford, J., Townsend-Rocchiccioli, J., Quillet, K., & Trimm, D. (2011). «I see my mother's face»: Student nurse experiences caring for cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of the European Oncology Nursing Society*, 15(1), 46-52. doi:10.1016/j.ejon.2010.05.010

Tomás-Sábado, J., Aradilla Herrero, A., & Féliz Galva, I. (2005). Validación factorial de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Leader en una muestra de estudiantes y profesionales de enfermería. Instituto de Salud Carlos III-unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en Enfermería (investigación).

Vögt, G. H., Khorsheed, L., & Eger, I. (2009). Examination of nursing diagnoses used by nursing students and their opinions about nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International*, 20(4), 162-168. doi:10.1177/1744-681X.2009.01311

Zupria Gorostidi, X., Hualte Eglegor, X., Alberdi Erice, M. J., uranga Iturriz, M., Elzandiri Garate, I., Barandiaran Lasa, M., & Sanz Cascaño, X. (2007). Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training. *Nurse Education Today*, 27(7), 777-787.

Zupria Gorostidi, X., uranga Iturriz, M. J., Alberdi Erice, M. J., & Barandiaran Lasa, M. (2003). KEZKAIC: A new bilingual questionnaire to measure nursing students' stressors in clinical practice. *Gaceta Sanitaria*, 17(1), 37-51.





